Nr. 15. 10. kwietnia 1932. Rok XI.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. Dr. L. WACHHOLZ. Kraków.

### Zmierzch medycyny, przełom czy ewolucja?

Wiek XIX nazwano słusznie wiekiem uczoności, albowiem doprowadził on w drugiej swej połowie do nieznanego dotąd rozkwitu nauk, zwłaszcza nauk przyrodniczych i z niemi będącej w związku wiedzy lekarskiej. Jeżeli kiedy wiedza lekarska mogła dostąpić zaszczytnego miana nauki poza okresem swego rozwoju w starożytnej Grecji, to właśnie dopiero teraz, t. j. w drugiej połowie w. XIX, odkąd się oparła na całokształcie nauk przyrodniczych, szczególnie zaś na chemji i fizyce i odkąd poza wyłączną dotychczas obserwacją sięgnęła do eksperymentu, obecnie tem łatwiejszego i dostępniejszego, że równoczesny rozkwit odnośnej techniki oddawał medycynie na usługi narzędzia, przyrządy, barwiki i odczynniki coraz to czulsze i doskonalsze. Dzień za dniem można powiedzieć, przynosił nowe odkrycia, wynalazki i naukowe zdobycze, które czyniły rozpoznawanie chorób coraz łatwiejszem a zarazem coraz pewniejszem i trafniejszem.

Postęp ten atoli nie ograniczył się tylko do udoskonalenia diagnostyki, ale objął także część medycyny najważniejszą, t. j. sposoby leczenia chorób. Postęp w zakresie terapji zaznaczył się szczególnie wyraźnie w chirurgji, która od chwili zapoznania się z zarazkami przyrannemi i ze skutecznem ich zwalczaniem zapomocą antyseptyki a potem aseptyki święciła istotnie zdumiewające triumfy. Dawne przejmujące grozą wymierania niemal całych szpitali z chorymi chirurgicznymi z powodu zakażeń przyrannych w postaci róży, obrzęków złośliwych, zgorzeli szpitalnej i t. p. poszły w zapomnienie, odtąd rany pooperacyjne goiły się przez rychłozrost, odtąd ważono się otwierać jamy ciała, najpierw jamę brzuszną i usuwać z niej chorobowo zmienione trzewia, potem jamę klatki piersiowej, aby nawet zakładać szwy na rany serca. W ten sposób ocalano chorych w przeważającej ilości przypadków od dawniej nieuchronnej śmierci.

Ale jakkolwiek potężnemi były i są triumfy nowoczesnej chirurgji, przecież posiadają one tę niezaprzeczoną ujemną stronę, że nie doprowadzają nigdy do zupełnej *restitutio ad integrum*, lecz stanowią wyleczenie zawsze tylko *cum defectu*. Taki zaś wynik leczenia, który żadną miarą nie odpowiada n. p. słynnej dewizie Asklepiadesa z Prusy, który w I wieku przed Chrystusem głosił sposób leczenia szybkiego, bezpiecznego a zarazem przyjemnego, oddala się od właściwego celu medycyny. Do tego zaś właściwego celu zdążała i zdąża w przeciwieństwie do chirurgji medycyna wewnętrzna. Jeżeli atoli jej postęp współczesny w zakresie leczniczym, choć niezaprzeczony, jest jeszcze dalekim od doskonałości, to nie zapominajmy o tej niestety smutnej prawdzie, którą wyraził na przełomie 17 i 18 wieku wielki Boerhaave w Leydzie, że *„contra vim mortis nullum remedium in hortis"*.

Ale nietylko w zakresie praktycznym, t. j. w zakresie diagnostyki i terapji zasłużyła sobie medycyna w drugiej połowie w. XIX na rzetelne uznanie, ale także w zakresie teorji, której rozwój nadał jej znamiona istotnej nauki. Odkrycie Schwanna, że ustrój zwierzęcy składa się z komórek i odkrycie Virchowa, że komórka powstaje z komórki (*„omnis cellula e cellula"*) a nie z martwej substancji, n. p. z wypociny, stworzyły podstawę patologji ogólnej, t. j. podstawę wyjaśniania istoty zjawiska, jakiem jest choroba. Wprawdzie nie brakło i w dawniejszych czasach prób wyjaśnienia istoty choroby, jednakże próby te polegały na błądzeniu w ciemności, na dowolnych spekulacjach, pozbawionych podstaw przedmiotowych. Paracelsa wymysł pięciu encjów *(entia)* warunkujących życie ludzkie, których zaburzenia sprowadzają chorobę, Van Helmonta iście barokowo dynamiczne marzenia o archeusie, ożywiającym materję, w którego godzą przyczyny chorobotwórcze i stwarzają chorobę, *„ens reale subsistens in corpore"*, pogląd Browna, że choroba jest stanem zmienionej pobudliwości ustroju pod wpływem nieprawidłowo silnych bodźców, Broussais'a nauka pod nazwą „medycyny fizjologicznej", dopatrująca się jedynej pierwotnej przyczyny chorobowej w zapaleniu przewodu pokarmowego, wreszcie Rokitansky'ego nauka o „krazie" czyli o chorobie, która jest zawsze tylko następstwem przeobrażenia się składników krwi, t. j. włóknika i białka, były wyłącznemi wytworami spekulacji, a jako takie nie odpowiadały istocie zjawisk i dlatego musiały wkrótce pójść w zapomnienie.

Rok 1858 przynosi wiekopomne dzieło Rudolfa Virchowa: „Patologja celularna na podstawie fizjologicznej i patologicznej nauki o tkankach". Podczas gdy wedle Morgagniego siedliskiem choroby był narząd, wedle Bichata tkanka, to wedle Virchowa jest niem tylko komórka a to dlatego, ponieważ jest ona przedewszystkiem siedliskiem życia a choroba jest przecież niczem innem jak życiem, tylko rozgrywającem się w zmienionych warunkach. Wedle Virchowa choroba stanowi odczyn komórki na nieprawidłowe podniety. Zależnie od stopnia nasilenia tej podniety popada komórka w stan chorobowy objawiający się albo zaburzeniem wyłącznie tylko jej czynności, albo jej zmianami odżywczemi, albo morfotycznemi albo wreszcie jej obumarciem.

W miejsce dotychczasowych fizjologiczno - spekulatywnych poglądów i zapatrywań Virchow stworzył dla medycyny silną, przedmiotową, bo na zdobyczy przyrodniczej opartą podstawę, na której mógł odtąd pewniej i żywiej wzrastać gmach nauki lekarskiej. Atoli mimo to, że nowe poglądy Virchowa, obaliwszy wprost rewolucyjnie chwiejną i błędną teorję Rokitansky'ego, bardzo szybko znalazły powszechne uznanie, przecież okazały się zczasem jak każde dzieło ludzkie niedoskonałemi. Zasadniczy błąd teorji Virchowa polegał na tem, że chciał on zapomocą swego ważnego odkrycia, dotyczącego genezy komórki, rozwiązać w sposób ściśle materjalistyczny wszelkie zagadnienia życia ustroju. W myśl tedy swej teorji dowodził, że ustrój nasz nie stanowi jedności, lecz przeciwnie, że jest tworem zbiorowym „urządzonym socjalnie". Dlatego też zaburzenie chorobowe pewnej komórki lub pewnej ich grupy, a więc i pewnego narządu nie musi, jego zdaniem, przynajmniej bezpośrednio wpływać na całość ustroju. W ten sposób Virchow uważał chorobę jako zaburzenie miejscowe a nie ogólne całego ustroju. W logicznym zaś następstwie tego ostatniego zapatrywania oświadczył się Virchow także za leczeniem miejscowem.

Pierwsze rysy w teorji Virchowa powstały pod wpływem jego własnych, późniejszych uzupełnień, w myśl których, przyjmując istnienie w komórkach dwóch sił, t. j. siły molekularnej i życiowej, naruszył swą teorję materjalistyczną, bo zbliżył ją w ten sposób do zwalczanej przez siebie z początku teorji witalistycznej. Bardzo poważnie wstrząsnęła teorją Virchowa zrodzona i wcale bujnie rozwinięta jeszcze za jego życia bakterjologja a potem serologja, hormonologja i t. d. Pod wpływem tych nowych zdobyczy naukowych przekonano się, że patologja solidarna nie da się nadal utrzymać pomimo niewzruszoności zasadniczej tezy Virchowa o powstawaniu komórki. Zwrot od zasad Virchowa dokonywał się teraz tem łatwiej, że nie zachodziła potrzeba tworzenia w tym względzie nowych norm i formuł, albowiem normy takie, odpowiadające nowym zdobyczom naukowym, przechowała nam historja medycyny w dorobku Hippokratowym. Formuły Hippokrata, stanowiące zupełną antytezę zapatrywań Virchowa, uznawały jedność i niepodzielność naszego ustroju, chorobę czyniły zależną od nieprawidłowego składu soków ustrojowych i uznawały ją zawsze za stan nietylko miejscowy, lecz ogólny, którego leczenie nie może być wyłącznie tylko miejscowem, ale także ogólnem. Tu godzi się zaznaczyć, że pogląd Hippokrata o konieczności ogólnego leczenia chorób podzielał w zupełności współczesny mu Plato, który tak się w tym względzie wypowiada w swym dialogu „Charmides": „Niedorzecznością jest leczyć głowę samą dla siebie ze zupełnem pominięciem reszty ciała". Tak więc nastąpił w nauce współczesnej samorzutny zwrot od Virchowa do Hippokratesa, od wyłącznie solidarnej patologji do patologji w dużej mierze humoralnej. Poglądy Hippokrata ujmuje współcześnie prof. Much w następującem zdaniu, które stanowi dziś dla nas niezaprzeczalną prawdę: „Wszelka zmiana chorobowa w tym lub owym narządzie oddziaływa na cały ustrój i obudza cały mechanizm obronny, warunkujący życie.... W leczeniu, które obejmuje cały organizm *(„Organismustherapie")* mieści się właściwe jądro problemu leczenia".

Teorja Virchowa, rozbiwszy jedność organizmu na komórki i tkanki i zaleciwszy je badać z osobna „mędrca szkiełkiem i okiem", który wedle słów Mickiewicza „widzi świat w proszku, w każdej gwiazd iskierce", lecz „nie zna prawd żywych", dopro-

wadziła do rozpadu wiedzy lekarskiej na specjalności coraz liczniejsze, zarazem jednak coraz ciaśniejsze. Taki zaś rozpad musiał nadwyrężyć zwartość nauki lekarskiej, która choć wzrastała przez to w szczegółach, zbyt często wielce drobiazgowych, ciążących jej nawet jako zbędny balast, dawała się coraz trudniej ogarniać w całości. To rozbicie nauki lekarskiej na gałęzie a obecnie już nawet na gałązki i gałązeczki nastąpiło tem skorzej, że ułatwiało studjum medycyny i wykonywanie zawodu szczególnie tym, którzy nie policzywszy się z swemi siłami umysłowemi przed wyborem tegoż i tym, którzy obrawszy go sobie bez prawdziwego zamiłowania, jedynie tylko dla możliwych korzyści materjalnych, dążyli do swego celu wyłącznie po linji najmniejszego ze swej strony wysiłku. W takich zaś warunkach nie mogła się nauka nasza i nie może pomyślnie rozwijać i przynosić choremu upragnionej i skutecznej pomocy, przeciwnie musi się ona zwolna przeobrażać w bezduszną rutynę, chociażby się nawet zalecała błyskotliwą zręcznością techniczną. Raz się wyzbywszy szerszego widnokręgu i naukowego głębszego ujęcia swych zagadnień, musiała się nasza nauka mechanizować a tem samem zbliżać do rzemiosła. Z pośród licznych działów, na jakie się dzieli całokształt współczesnej medycyny, chirurgja uległa najwybitniej zmechanizowaniu, którego dowodzą u niej okresowe, *sit venia verbo,* szały operatorskie, usuwające jakby pod wpływem mody a bez ścisłego wskazania to jajniki, to wyrostki robaczkowe, to zwoje sympatyczne i t. d. Hyrtl dając w swej niezrównanej anatomji topograficznej wyraz swego oburzenia przeciw takim operacjom, wykonywanym jego zdaniem z mocy *„jus impune occidendi chirurgorum“,* przypomina przepis prawa Longobardów z w. VII., wedle którego lekarz narażający swego chorego na niebezpieczeństwo przez niepotrzebny zabieg miał się stawać niewolnikiem chorego lub jego rodziny. Wspomniawszy w dalszym ciągu o jeszcze surowszych przepisach staroegipskich, Hyrtl kończy odnośne swe uwagi słowami: „takiemi to surowemi przepisami umieli barbarzyńcy utrzymać na wodzy szały operacyjne swoich lekarzy“. Pochopność do podejmowania zabiegów operacyjnych dziś już zmalała, natomiast była ona wielką w czasie największego rozkwitu chirurgji, kiedy to nawet Billroth miał wypowiedzieć zdanie, że medycyna musi się stawać coraz więcej chirurgiczną. Jednakże tenże sam Billroth ubolewał później nad tem, że technika wzięła górę w chirurgji nad właściwą stroną leczniczą, wskutek czego widnokrąg chirurgji się zacieśnił. Chirurgja, ufna w swą sztukę techniczną, spoglądała z pobłażliwością na wiedzę internistyczną, niepomna zdania wielce prawdziwego, jakie wypowiada obecnie głośny chirurg gdański Liek, że „nauka niszczy wprawdzie gusła i uroki, jednak tajemnica życia zabiega niezmordowanie o to, aby cud leczniczy i łeczenie cudem nie ustało nigdy“. A cuda lecznicze wydarzają się dziś i zawsze się będą wydarzać a polegają one na niezaprzeczonej potędze wpływu psychicznego ze strony lekarza. W zrozumieniu tej szkody, jaką wyrządzać musi chirurgji jej mechanizacja, Bier i Sauerbruch w Niemczech a Fedorow w Rosji zwracają się do młodzi chirurgicznej z przestrogą, aby najpierw starała się być zawsze lekarzem a potem dopiero operatorem.

Zmechanizowania nie uniknęły także inne gałęzie nauki lekarskiej, wśród nich medycyna wewnętrzna tak pod względem diagnostycznym jak i terapeutycznym. Tak zwany sposób badania klinicznego, który każe zastosowywać bez względu na istotę danego przypadku badania hematologiczne, serologiczne, bakterjologiczne, rentgenologiczne i t. d., a już przedewszystkiem sfigmomanometryczne (w Niemczech nazywają lekarzy, badających bezpotrzebnie ciśnienie krwi, złośliwie, lecz słusznie *„Blutdruck-Schamanen“),* może choremu przynieść więcej szkoły niż pożytku, pomijając to, że wykonywane przez kilka osób niweczy bezpośredni wpływ lekarza na chorego, który się zwraca do niego o poradę z pełnem zaufaniem.

Od zmechanizowania nie jest dziś wolna także współczesna terapja. Przyczyną tego zjawiska jest olbrzymi rozwój chemji farmakologicznej, która codziennie niemal wyrzuca na targ nowe, zawsze gorąco reklamowane przetwory, stosowane na wyścigi a czysto mechanicznie w praktyce lekarskiej. Heubner, farmakolog heidelbergski opisał niedawno przypadek włóknikowego zapalenia płuc, w którem zastosowano następujące leczenie w ciągu pierwszej doby: zapędzlowanie jodyną skóry piersi po stronie zapalenia, okład wysychający, wewnętrznie zaś trzykrotne podanie kardjazolu, digipuratum i kodeiny, wśród tego inhalacje tlenu i podskórna dwukrotna aplikacja efetoniny i anastylu oraz śródmięśniowo oliwy kamforowej, transpulminy i chinin-uretanu w ilości 12 $cm^3$, wreszcie dożylna roczynu dekstrozy z kardjazolem i digipuratum w ilości 10 $cm^3$. Opis powyższego przypadku stanowi chyba dosadny przykład mechanizacji w zakresie lecznictwa wewnętrznego a przytem przykład niezwykłej odporności organizmu pacjenta względem tak hojnie zastosowanych wytworów współczesnej kuchni łacińskiej. A dziś niezwykle pochopne stosowanie leków farmakologicznych wprost do krwi z pominięciem dróg pośrednich, pozostające może w związku przyczynowym z tak częstemi obecnie zakrzepami i zatorami, czy nie jest również wyrazem zmechanizowania współczesnego lecznictwa?

Mechanizacja medycyny, zwłaszcza w zakresie diagnostycznym, sprawiła zczasem, że niejeden z lekarzy zatracił pamięć właściwego celu medycyny, t. j. celu niesienia pomocy chorym. Lekarzy takich, którym przyświecają tylko cele naukowe, dla których wedle słów Biegańskiego „wobec nauki los jednostki jest niczem“ i którzy „podporządkowują nawet życie ludzkie celom naukowym“, nazywa Liek trafnie „medykami“, natomiast tych, którzy pomni aforyzmu Biegańskiego, iż „medycyna urodziła się z niedoli a rodzicami jej chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie“, uważają za swój cel najwyższy niesienie usług chorym, właściwymi lekarzami, rozumie się atoli o tyle, o ile służbę swą spełniają poprawnie pod względem rzeczowym i formalnym.

Aczkolwiek kategorja lekarzy, nazwanych przez Lieka medykami, przenosi cel nauki nad cel indywidualny tyczący się chorych i w ten sposób oddala się od właściwego powołania lekarza, przecież nie przestaje służyć chorym, czyniąc to tylko pośrednio. Praca ich bowiem i trud przynoszą nieraz bardzo cenne korzyści nietylko dla samej teorji nauki, ale także dla praktyki, a więc dla chorych. Pracy tych medyków zawdzięcza medycyna niejedną zdobycz, która ulepszyła diagnostykę współczesną i terapję. Aby się przekonać dowodnie o tem, czy i o ile nowoczesna diagnostyka postąpiła w istocie naprzód, przeglądnąłem protokoły sekcyj, wykonanych w tutejszym Zakładzie Anatomji [1]) patologicznej w latach 1880, 1900, 1910 i 1920, porównując rozpoznania kliniczne z sekcyjnemi. I oto przekonałem się, że gdy w r. 1880 rozpoznanie kliniczne okazało się w 27.6% przypadków (z ogólnej liczby 500) mylnem, to w r. 1900 procent mylnych rozpoznań klinicznych (na tę samą ilość przypadków) wynosił 18, w r. 1910 już 16.6, w r. 1920 zaś 12.4%. Liczby te wykazują tedy dowodnie istotny postęp diagnostyki nowoczesnej [2]).

Medycyna oparta o teorję Virchowa, nazwana przez Szumowskiego trafnie anatomicznie-lokalizacyjną lub narządowo-specjalistyczną, chociaż leczyła tylko miejscowo, odnosiła przecież niejednokrotnie sukcesy, a te wzbijały ją w dumę. Z dumy zrodzona pewność siebie nakazywała jej gardzić wszelkim czynnikiem psychicznym jako zupełnie zbytecznym i bezskutecznym. Można tu do niej odnieść uszczypliwe zdanie Goethego o uczoności nadętej pychą:

„Naukę wielką widzę w słowie twem!
Czego nie dotkniesz, zdaje ci się snem;
Czego nie chwycisz, tego ci już brak,
Czego nie zliczysz, masz za kłamstwa znak,
Czego nie zważysz, o to ani dbasz,
Co nie pieniężne, za nic sobie masz.“ [3]).

Tymczasem czynnik psychiczny, choć niedotykalny, niezliczalny, nie dający się zważyć ani spieniężyć, jest w medycynie tak w zakresie diagnostycznym jak i leczniczym niezmiernie ważnym i doniosłym. Wpływ czynnika psychicznego na trafność rozpoznania jest każdemu lekarzowi znany, wszakże obliczenia częstości tętna, oddechów, pomiary ciśnienia krwi i t. p. są w dużej mierze zależne od psychicznej konstelacji badającego lekarza i badanego pacjenta. Lekarz badający może zawsze u badanego chorego w drodze autosuggestji znaleść do pewnego stopnia taki stan, jakiego sobie życzy. Tak więc wyniki naszych przedmiotowych badań nie są nigdy pozbawione pewnego subjektywizmu i dlatego mają one względną tylko wartość.

O wiele większe znaczenie posiada czynnik psychiczny w terapji. Tu można powiedzieć, że jest do pewnego stopnia rozstrzygającym i to jeszcze, zanim się chory zetknie z lekarzem. Żaden zawód nie opiera się tak bardzo na zaufaniu swych klientów jak zawód lekarski. A czem jest to zaufanie i na czem ono polega, daje następującą odpowiedź lekarz szwedzki Axel Munthe w swej

---

[1]) Za uprzejme udzielenie mi tych protokołów dziękuję na tem miejscu serdecznie prof. Ciechanowskiemu, dyrektorowi Zakładu.

[2]) Zestawienia powyższe wykonał asyst. Dr. Baranowski, któremu za nie uprzejmie dziękuję. Dr. Baranowski zestawił przy tej sposobności także częstość procentową nowotworów złośliwych w latach wymienionych i procentową trafność ich rozpoznania za życia. W r. 1880 stwierdzono w 7.2%, w r. 1900 w 10%, w r. 1910 w 13.8%, w r. 1920 w 15.4%, przypadków poddanych sekcji nowotwory złośliwe. Trafność zaś ich rozpoznania za życia w r. 1880 wynosiła 25%, w r. 1900 i 1910 już 76% względnie 72.4% a w r. 1920 nawet 87%.

[3]) Faust. Część II. Akt 1. odsłona 2. w przekładzie własnym.

w ostatnich latach wydanej a na wszystkie światowe języki tłumaczonej „Książce z San Michele“: „Gdzie się rodzi zaufanie — pyta autor — w głowie czy w sercu? Czy źródłem jego są wyższe warstwy naszej świadomości, czy też jest ono drzewem poznania dobra i zła, którego korzenie drążą w głąb naszego bytu? Jaką drogą udziela się zaufanie drugim? Czy się ono odzwierciedla w oku, czy się ujawnia w wypowiadanem słowie? Na to nie umiem odpowiedzieć, wiem tylko, że zaufania nie można nabyć z książki i przy łożu chorego. Jest ono czarodziejskim klejnotem jednemu danym od urodzenia, drugiemu zaś poskąpionym. Lekarz, który ten dar posiada, potrafi niemal przywracać zmarłych do życia“. Dar zdobywania sobie zaufania u chorych i ich otoczenia opiera się poza tym wrodzonym, nieuchwytnym czynnikiem Munthego jeszcze także na umiejętności obcowania z chorymi, na wiedzy i zawodowej sprawności lekarza. Lekarz musi być, jak to głosili wszyscy wielcy lekarze począwszy od Hippokratesa, filozofem a w każdym razie psychologiem, poza tem musi być dobrym człowiekiem. Filozofja lekarza powinna go pouczać, że oprócz tego, co on umie i co potrafi, istnieje jeszcze inny czynnik, który oddziaływa na duszę chorego zawsze, czasem nawet wprost rozstrzygająco a tym czynnikiem jest bezpośredni psychiczny wpływ, jaki lekarz wywiera swoją osobą. Niema n. p. drugiego takiego lekarstwa, któreby równie ożywiało i krzepiło chorego jak żywe słowo otuchy wypowiedziane przez lekarza a poparte odpowiedniem zachowaniem się jego i odnoszeniem względem pacjenta. Naodwrót żaden lek nie podziała na chorego tak szkodliwie jak malujące się w wyrazie twarzy lekarza zwątpienie w możliwość poprawy i pesymizm. Dlatego też rola i zadanie lekarza są trudne. Liek określa ideał lekarza temi słowy: „lekarz musi być mężem, który łączy wiedzę z dobrocią, wolę z wyrozumiałą cierpliwością; musi on być mężem nauki, technikiem, fizykiem, chemikiem, filozofem, znawcą ludzi, wychowawcą i przewodnikiem chorych i złamanych dusz“. Do ideału tego zbliżyć się może tylko niewielu wybrańców, bo takim idealnym lekarzem może być tylko ten, kto się nim już urodził.

W miarę jak triumfy medycyny anatomicznie-lokalizacyjnej zwolna powszedniały, poczęła się budzić przeciw niej reakcja w postaci krytyki, podnoszącej jej niedostrzeżone dotąd błędy. Pierwsze słowa krytyki wyszły z pod piór polskich lekarzy, jak to trafnie zaznacza K. Rożkowski w swem doskonałem przedstawieniu obecnego ruchu reformatorskiego w medycynie. Tymi, którzy wyprzedzili na długo reformatorów niemieckich hasłem odrodzenia medycyny, byli Chałubiński, Biernacki, Z. Kramsztyk, a przedewszystkiem Biegański, u nas jeszcze dotąd niedoceniony jako lekarz. Biernacki i Biegański wypowiedzieli się jeden niezależnie od drugiego jeszcze w r. 1899 za głoszonem dziś hasłem nawrotu do Hippokratesa. „Ludzkość nie wymyśliła przez dwa tysiące lat nic lepszego nad to, co dał Hippokrates“ wyraża się Biernacki, Biegański zaś poucza, że „już Hippokrates dowodził, że leczyć trzeba nietylko ciało ale i duszę chorego. Na chore ciało stosujemy leki i inne zabiegi lecznicze, na cierpiącą wskutek choroby ciała duszę stosować powinniśmy ciepłe słowa pociechy i serdecznego współczucia“. Na innem znów miejscu Biegański głosił poglądy wyjawiane przez dzisiejszych reformatorów medycyny w Niemczech. „Wyniki leczenia — oto zdanie Biegańskiego — polegają w znacznym stopniu na zaufaniu i suggestji. Zerwawszy więc nić sympatji i zaufania, wiążącą chorego z lekarzem, pozbywamy się najważniejszego czynnika lekarskiego. Kto wie, czy wzrastające dzisiaj w Niemczech do niebywałych rozmiarów partactwo lekarskie nie jest właśnie następstwem tej zmiany stosunków“. Biegański zastanawiał się także nad przymiotami, jakiemi winien się jego zdaniem zalecać każdy prawdziwy lekarz. „Za najważniejsze cnoty dla lekarza uważam..... bez wahania: ludzkość, sumienność i stanowczość“.

Ruch reformatorski w Niemczech zapoczątkował w r. 1907 Schweninger, przyboczny lekarz Bismarcka, ale ruch ten rozwinął się w całej pełni dopiero w latach 1920—1930 pod wpływem wystąpień takich lekarzy czołowych jak Aschner, Bier, Honigmann, Krehl, Liek, Much i inni. Aby zgodne swe przekonania, głoszone pod hasłem *„zurück zu Hippokrates“*, jak najbardziej uprzystępnić szerokim kołom lekarskim, utworzyli ci reformatorzy w Stuttgardzie wyłączną ku temu celowi spółkę wydawniczą *(Hippokrates Verlag)*, która prócz dzieł odnośnych wydaje także odrębne pismo *(Hippokrates. Zeitschrift für Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmedizin)*. Wreszcie w Wiedniu powstało już w roku bieżącym towarzystwo *(Akademische Vereinigung für medizinische Geistesgeschichten und praktische Medizin)*, poświęcone reformie nauki lekarskiej. Na pierwszem posiedzeniu tego towarzystwa, odbytem przy współudziale profesorów Duriga, Neuburgera i Strunza oraz docentów Aschnera i Zeckerta w dniu 31 stycznia b. r. zajmowano się ustaleniem programu prac i rozpatrzeniem najnowszej publikacji Lieka p. t. „Przyszły rozwój medycyny“.

Zarówno nasz ruch reformatorski z końca w. XIX i początku w. XX, jak i ruch współczesny w Niemczech oraz poczynający się ruch podobny we Francji stanowią przedewszystkiem prawdziwy triumf historji medycyny, której znaczenia i wagi nie doceniała tak ostro atakowana przez współczesną reformację medycyna anatomicznie-lokalizacyjna może w przeczuciu, że historja medycyny dostarczy reformacji broni do jej zwalczania. Reformacja współczesna medycyny jest zaś bezsprzecznie triumfem historji medycyny dlatego, ponieważ jest wytworem historji medycyny jako tej nauki, która głosi dwie zasadnicze prawdy, pierwszą tę, że w medycynie podobnie jak w innych naukach istnieją okresy wzlotów i okresy spadków i drugą tę, że wiele zdobyczy medycznych ulega zczasem zapomnieniu na to, aby je sobie móc po pewnym czasie przypomnieć i uczynić je znowu aktualnemi. Na potwierdzenie tej zasady drugiej pozwolę sobie przytoczyć współczesny nawrót do tak stanowczo potępionych w r. 1848 przez Dietla upustów krwi, do częstego obecnie stosowania środków przeczyszczających w myśl dawnej zasady *„qui bene purgat, bene sanat“*, do stosowania środków wykrztuśnych, wymiotnych, odwodzących i t. d.

Nawoływanie reformatorów niemieckich do powrotu do Hippokratesa wynika z przekonania, że medycynie współczesnej zagraża jeżeli nie zmierzch, to w każdym razie przełom o wątpliwym wyniku. Daje temu dosadny wyraz dzieło Aschnera *„Die Krise der Medizin“*. Tymczasem ten niemiecki ruch reformatorski jest do pewnego stopnia spóźniony, mianowicie o tyle, o ile już bez niego zaszły w nauce naszej wcale zasadnicze zmiany w ogólnych poglądach w ciągu ostatnich trzydziestu lat, zmiany, których się właśnie ten ruch domaga. Odkrycie toksyn, antytoksyn, hormonów i fermentów ochronnych i t. d. zwróciło naszą naukę na tory Hippokratesowej patologji humoralnej i pozwoliło znowu mówić za Hippokratesem o eukrazji i dyskrazji. Nowoczesne nasze zdobycze co do problemu skłonności i odporności względem chorób potwierdziły zapatrywanie Hippokratowe, że z chorobami zmaga się nasz organizm szczęśliwie lub niepomyślnie zależnie od właściwości swej wrodzonej *„physis“*, która odpowiada dzisiejszemu naszemu pojęciu „konstytucji“. Skoro więc, jak widzimy, nauka nasza samoistnie zastąpiła niektóre poglądy patologji solidarnej Virchowa, nie dające się już utrzymać, poglądami właściwszemi, zgodnemi z temi, jakie głosił Hippokrat, to ten zwrot jej dowodzi, że nie straciła ona zdolności krytycznego rozpatrywania i podejmowania rozważnej rewizji swych współczesnych zapatrywań i sądów. Posiadając zaś zdolność powyższą, nie potrzebuje się obawiać ani zmierzchu ani kryzy ani przełomu. Atoli stan jej obecny wymaga jeszcze dalszej reformy, która powinna pójść po linji nawoływań współczesnych jej reformatorów. A więc nauka nasza musi się na przyszłość oprzeć na pewniku jednolitości organizmu ludzkiego a z nim w związku na tej niewątpliwej prawdzie, że każda choroba nawet pozornie najbardziej umiejscowiona, oddziaływa na całość ustroju a zarazem na duszę chorego. Nauka nasza musi zaprzestać szkodliwego rozbijania się na cząstki i cząsteczki, musi się skupiać, aby nie utracić z oka swego całokształtu, musi wreszcie zaprzestać mechanizować się i upodabniać do rzemiosła. Mechanizacji i zrzemieślnicenia uniknie zaś ona niezawodnie wtedy, gdy każdy jej krok, każdy zabieg będzie owocem nie martwego szablonu lub ślepego naśladownictwa, lecz wyrazem dojrzałej rozwagi i krytycznego namysłu. W ten sposób postępując, zada kłam tej surowej krytyce, jaka ją obecnie może nie bez słuszności spotyka, że nie zbywa jej na środkach materjalnych, na zwierzętach, instrumentach, instytutach, natomiast tylko na myślach zwłaszcza samodzielnych. Myśl samodzielna jest i będzie zawsze wrogiem bezdusznego szablonu, dziś tak rozpowszechnionego szczególnie dzięki różnym instytucjom zwanym społecznemi. Szablon nie może liczyć na pomyślność wyników leczniczych, bo nie może oddziaływać na chorego duszę, która pragnie u lekarza znaleźć choćby chwilowe oparcie i ukojenie. Nie znajdując ich niestety obecnie nadto często u lekarzy, powierzają się rzesze chorych różnym cudotwórcom i znachorom nie zawsze ze szkodą własną, natomiast zawsze ze szkodą lekarzy. Rzesze tych chorych, między którymi można spotkać nawet lekarzy, zwracają się do znachorów dlatego, że „wolą — jak się wyraził jezuita, głośny znawca Chin, ks. Huc — być w sposób zabobonny wyleczonymi, niż w sposób naukowy (może raczej pseudonaukowy) pozbawionymi życia“.

Jeszcze jeden postulat podnosi obecna reformacja medycyny, który musi być zrealizowany, jeżeli medycyna współczesna ma stanąć w istocie na wysokości swego zadania. Jest nim postulat etyki, tak wysoko postawiony w Hippokratesowej przysiędze lekarskiej, niestety jednak obecnie nie wspominany nawet we wykładach dla przyszłych lekarzy, nad czem słusznie ubolewa

Much i nie często przestrzegany w życiu praktycznem zwłaszcza przez tych lekarzy, których rektor Uniw. Jag. Józef Kremer[4]) nazwał w swoim czasie lekarzami *„ad panem lucrandum et ad Martham alendam“* a których dzisiaj Liek nazywa rzemieślnikami, lekarzami z przypadku lub z interesu *(Geschäftsmediziner, Handwerker, Verlegenheitsärzte).* A bez etyki niepodobna sobie wyobrazić lekarza, bo jak się niedawno wyraził Sauerbruch: „lekarzem być to znaczy być sługą ludzkości; prawdziwego lekarza znamionuje religijne pojmowanie swojego zawodu“, bo jak to jeszcze dobitniej określił Paracelsus: „lekarz wzrasta w sercu, pochodzi od Boga, jest częścią przyrodzonej światłości, doświadczenia. Najwyższą podwaliną lecznictwa jest miłość“. W myśl powyższego aforyzmu udzielił Knigge w swej książce napisanej przed 150 laty p. t. „O obcowaniu z ludźmi“ takiej rady swemu czytelnikowi co do wyboru lekarza: „przy wyborze uważaj najpierw, czy ma on (lekarz) zdrowy rozsądek, czy się wyraża jasno i bez uprzedzenia, czy jest pilny i przywiązany do swej sztuki, czy posiada serce uczuciowe i miłujące ludzi, czy swego chorego zasypuje masą leków lub się posługuje tylko środkami prostemi i pozostawia, o ile to możliwe, naturze bieg swobodny, czy ma na oku zawsze rzecz zasadniczą, czy biednym i maluczkim służy chętnie jak wielkim i bogatym. Takiemu lekarzowi możesz zaufać“.

*Piśmiennictwo:*

Allendy R.: Orientation des idées médicales. Paris 1929. — Aschner: Die Krise in der Medizin. Stuttgart 1928. — W. Biegański: Myśli i aforyzmy o etyce lek. Częstochowa 1925. — Bier: Gedanken eines Arztes über die Medizin. Münch. m. W. 1926 i 1927. — E. Biernacki: Istota i granice wiedzy lek. Warszawa 1899. — Liek: Das Wunder in der Heilkunde. München 1931. — Tenże: Der Arzt u. seine Sendung. VIII wydanie. Tamże 1931: — Tenże: Die zukünftige Entwicklung der Heilkunde. Stuttgart 1932. — Tenże: Irrwege der Chirurgie. Tamże. — Much: Aphorismen zum Heilproblem. Leipzig 1925. — O. Müller: Wissen u. Glauben in der Medizin. Stuttgart 1929. — Munthe A.: Das Buch von San Michele. Leipzig. 1931. — Rożkowski K.: Nowe prądy i hasła w lecznictwie. Medycyna 1931, Nr. 11, 18. 1932, Nr. 4.— Sigerist: Grosse Aerzte. München 1932. — Szumowski: Wahania we współczesnej medycynie. P. G. L. 1930. Nr. 25.

---

## DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Wł. ELMER i M. SCHEPS. Lwów.

### Tablice do obliczania wartości przemiany gazowej[1]).

Z Oddz. Wewn. I. Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie.
Doc. Dr. W. Czernecki.

Obliczenie wartości przemiany gazowej przy pomocy przyrządów o systemie otwartym j. np. Zuntz-Geppert'a, Haldane-Douglas'a, Carpenter'a, Tissot'a, Laulanie'go, Plantefol'a i t. p. wymaga większej ilości żmudnych rachunków liczbami wielocyfrowemi, które zabierają sporo czasu. Labbé i Stevenin oszczędzają sobie nieco rachunków przez używanie tablic Janet'a i Haldane'a wzgl. Carpenter'a. Jednak ta metoda obliczenia wartości gazowej zabiera jeszcze dość znaczną ilość czasu. Mechaniczny zaś sposób obliczania wartości przemiany gazowej przy pomocy niedawno opatentowanego suwaka przez Stenglównę, nie jest ani wolny od rachunków, ani tak szybki i posiada następujące wady: 1) Przed użyciem suwaka musi się wpierw obliczyć ilość zużytego tlenu w danej jednostce czasu. 2) Dla obliczenia współczynnika oddechowego należy też obliczyć ilość wydzielonego $CO_2$. 3) Końcowe wartości przemiany gazowej (ilość ciepłostek w ciągu 24 godzin), oznaczane mechanicznie przy pomocy suwaka, nie są dość dokładne.

Dlatego wprowadziliśmy dwie nasze tablice, które pozwalają w sposób bardzo szybki (w ciągu 3—5 min.), prosty i bardzo dokładny wprost odczytać z nich wartości współczynnika oddechowego oraz obliczyć przy pomocy kilku bardzo prostych rachunków bez mnożenia i dzielenia ilość ciepłostek wydzielonych w ciągu 24 godzin. Odsetkowe zaś oznaczenie podstawowej przemiany materji otrzymujemy przez porównanie z tablicami Harris-Benedicta czy Du Bois, a jeżeli chodzi o osobniki do 20-go roku życia z tablicami Kestner-Knippinga.

Ze względów technicznych nie podajemy tutaj tych tablic. Czytelnik znajdzie je w naszej pracy „Tabellen zur Berechnung der Gasstoffwechselwerte“ Dtsch. Arch. klin. Med. 172, 154, 1931.

---

## SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Bernard SONNENSCHEIN. Lwów.

### O perkainie, zastępującej kokainę.

W roku 1884 wprowadził Koller do oftalmologji, jako miejscowy środek znieczulający, kokainę. Wkrótce potem zastosował ją Jellinek w rinolaryngologji. Pod względem farmakologicznym kokaina stanowiła alkaloid, pochodzący z liści *Erytroxylon Coca,* uzyskany w roku 1860 przez Niemanna, nieco później przez Lossena. Kokaina, miejscowo na błonie śluzowej zastosowana, okazała się pierwszym właściwym środkiem, dającym zupełne znieczulenie. Obok tej właściwości okazywała też działanie anemizujące błonę śluzową, a przez to kurczące pod względem objętości tkankę. Z drugiej strony zauważono wkrótce jej działanie trujące, które wymagało zachowania ostrożności przy jej użyciu. Od r. 1900 zastosowano według Brauna kokainę w kombinacji z adrenaliną (sc. preparatem nadnercza, produkowanego wkrótce pod rozmaitem mianem fabrycznem). Przy podaniu adrenaliny, z powodu jej działania anemizującego tkankę i zwalniającego miejscowe krążenie krwi, okazało się działanie kokainy intensywniejsze i dłużej trwające. Odtąd osiągano znieczulenie roztworem kokainy o wiele słabszym, z drugiej strony niebezpieczeństwo zatrucia kokainą zostało zmniejszone. W poszukiwaniu za mniej trującemi znieczulającemi środkami zostaje w r. 1905, dla zastąpienia kokainy, wprowadzona przez Hoffmanna i Impensa alypina, która wedle Hoffmanna i Kochmanna w porównaniu z kokainą przy 3 razy mniejszej toksyczności okazała jednak tylko 1/10 siły działania znieczulającego kokainy. Celem zatem wzmożenia działania alypiny zachodziła konieczność zużycia większej ilości, która z drugiej strony wywoływała objawy zatrucia. Alypina nie zdołała zatem zupełnie wyprzeć kokainy. Dziś stosuje się ją (alypinę) tylko w pewnych przypadkach np. u dzieci, u osób wrażliwych na kokainę i w tych przypadkach, w których należy unikać kurczenia się tkanki przy znieczuleniu, a wskazanem jest zachowanie pierwotnej objętości błony śluzowej np. przy usuwaniu przerostów na tylnych końcach muszli nosowych (Katz, Ammersbach, Ruprecht, Hirsch, Senator, Brünings).

Ażeby z możliwie najmniejszą ilością kokainy uzyskać zupełne znieczulenie bez najmniejszego niebezpieczeństwa zatrucia, względnie bez najmniejszych objawów toksycznych, podał Ephraim inną kombinację kokainy z adrenaliną (1 część 20%-owej kokainy i 3 części 0,1‰-owej adrenaliny), która w działaniu swem dorównuje działaniu czystego 20%-owego roztworu kokainy (Marschik, Hajek). W r. 1920 wprowadził Hirsch mieszaninę kokainy, adrenaliny i kwasu karbolowego, która, o 1 — 3%-owej zawartości kokainy w miejscu przedtem stosowanej 20—25%-owej czystej kokainy, uzyskiwał zupełnie równie dobre znieczulenie. Podobną kombinację podał Abraham.

W r. 1923 pojawiła się, jako środek zastępujący kokainę, tutokaina (Schulemann, Hirsch). Do wspomnienia tylko należą dalsze, zastępujące kokainę, preparaty farmakologiczne, jak: eukaina, tropakokaina, holokaina, apokaina, akoina, butyna, stowaina, allokaina, mieszanka Bonaina (karbol - mentol - kokaina - adrenalina, *aa partes),* które nie utrzymały się długo w zastosowaniu już to z powodu działania niestałego, już to z powodu działania drażniącego tkankę, już to z powodu jeszcze większej toksyczności. Do grupy nieskutecznych, dla powierzchownej anestezji błon śluzowych, preparatów zalicza się też nowokainę. Ze wszystkich dotychczasowych środków pozostała dla celów praktycznych na pierwszem miejscu kokaina, poza nią alypina w przypadkach wyżej wspomnianych. Tutokaina okazała działanie zbyt silnie hiperemizujące błonę śluzową, wymagające dodania większej ilości adrenaliny, która ze swej strony wywoływała w nosie następowe silne podrażnienie błony śluzowej i obfite wydzielanie śluzu. Dla szczegółów o rozmaitych środkach znieczulających wskazane są prace Le Mée'a i Krause'go.

Wszystkie dotychczasowe miejscowe środki znieczulające są pod względem chemicznym pochodnemi benzoloaminoalkoholu. Żaden z nich nie prześcignął dotychczas siły anestezującej kokainy, z zastosowaniem zaś każdego łączyły się objawy zatrucia. Sprawa nowego preparatu, zastępującego kokainę, pozostała otwartą z wielu względów. Każdy nowy środek znieczulający mu-

---

[4]) Mowa na uroczystości immatrykulacji. Czas. 1871. Nr. 1.

[1]) Wygłoszono na IX. Zjeździe Internistów w Krakowie 1931 r.

siałby przedewszystkiem odpowiadać pięciu kardynalnym warunkom Brauna, które brzmią: Preparat, zastępujący kokainę 1) musi w stosunku do swej siły anestezującej być mniej trującym, aniżeli kokaina, przyczem nie wystarcza jego absolutna mniejsza toksyczność, o ile jego działanie znieczulające nie dorównuje kokainie wzgl. jest silniejsze.

2) nie śmie w żaden sposób drażnić tkanki, w miejscu działania nie wywoływać stanu zapalnego, nacieczenia albo martwicę.

3) musi rozpuszczać się w wodzie i w takim roztworze pozostać trwałym. Przy wyjaławianiu nie powinien tracić swej własności znieczulającej.

4) musi dać się zastosować w kombinacji z preparatami nadnerczowemi (adrenaliną, suprareniną itp.).

5) celem wywołania znieczulenia musi posiadać zdolność wnikania w błonę śluzową, przyczem przy przejściowem porażeniu nerwów czuciowych połączenie jego chemiczne z zakończeniami nerwowemi musi być zwrotne (Ammersbach). Fromherz wymaga od każdego nowego środka znikomej zdolności wnikania z błony śluzowej wgłąb, przez co z trudnością mógłby się dostać do ogólnego krwiobiegu i tem samem wywołać objawy zatrucia.

Wszystkim tym warunkom odpowiada preparat, produkowany przez firmę „Ciba“, pod nazwą *„Percaina“* (Henschen, Hirsch, Hofhauser). Pod względem chemicznym pochodzi on z innej grupy, aniżeli wyżej wspomniane preparaty, a mianowicie jest pochodnym chinoliny.

Do grupy chinolinowej należą środki lecznicze, jak chinina, hydrochinina, eukupina, wucyna, dalej anakaina, urokaina, isoamylhydrokupreina, których zdolność znieczulania miejscowego o długiem tegoż trwaniu już dawno była znana. Zastosowanie ich jednak jako środków znieczulających zarzucono z powodu uszkodzenia tkanki a nawet nekrozy przy znieczuleniu infiltracyjnem. (Morgenroth, Braun, Schepelmann, Hertzler, Herzig, Pauchet, Soudat, Labat, de Butler, d'Ormont, Brewster, Rogers, Chavaune, Saphir, Hausen, Ormsby, Philippo, Thibault). Herzig stosował *chininum bimuriaticum carbamidatum* w 50%-wym rozczynie do znieczulenia powierzchownego przy adenektomjach i tonsilotomjach. Ammersbach i Panse polecają do dziś dnia przy znieczuleniu dolnych dróg oddechowych we formie rozpylania 1%-wy roztwór z *chininum bimur. carbam*, z dodatkiem adrenaliny.

Perkaina tworzy bezbarwne kryształki, bezwonne, bez smaku łatwo rozpuszczalne w wodzie i alkoholu. Roztwory te są trwałe i dają się wyjałowić. W praktyce do przygotowania roztworu perkainy służy fizjologiczny roztwór soli kuchennej, bez zawartości węglanów. Roztwory perkainy mogą być przechowywane tylko w naczyniach wolnych od alkaljów, przy obecności których powstaje natychmiast biały osad. Celem zobojętnienia, ewent. zawartych w naczyniach (we flaszkach), alkaljów dodaje się na 1 litr roztworu kilka kropel albo na 100 — 150 $cm^3$ roztworu 2 — 3 krople silnie rozcieńczonego kwasu solnego (Uhlmann, Christ, Hirsch) przyczem należy uniknąć nadmiaru tego kwasu z powodu jego własności drażniących. Lipschitz, Laubender, Uhlmann, Höfer przeprowadzili nad perkainą doświadczenia farmakologiczne. Höfer, Christ, Henschen, Flörcken i Mues, Richter, Hofhauser kliniczne. Wedle autorów działa perkaina znieczulająco 10 razy silniej, aniżeli kokaina, przez co zastosowana w koncentracji 1/5 — 1/10 razy mniejszej od koncentracji kokainy daje ten sam efekt. W znieczuleniu powierzchownem stosuje się ją w 1 — 2%-owym roztworze, w znieczuleniu infiltracyjnem w 1/2 %-owym roztworze. Znieczulenie trwa dłużej, aniżeli przy wszystkich dotychczasowych środkach znieczulających, a mianowicie do 6 — 18 — 22 godzin, przez co uchyla bóle pooperacyjne bez równoczesnego zastosowania środków odurzających jak morfiny, pantoponu itp. Perkaina nie zawodzi w swem działaniu, nie pozostawia bólów następowych, ani podrażnienia tkanki, nie opóźnia gojenia rany. Nie wywołuje przyzwyczajenia jak kokaina. Wywołane przez nią w nieznacznym stopniu przekrwienie tkanki znosi się łatwo dodatkiem adrenaliny, która z drugiej strony nie wzmaga działania znieczulającego. Do 50 $cm^3$ 2%-owej perkainy dodaje się 4 krople adrenaliny w praktyce bezpośrednio przed stosowaniem. Absolutna toksyczność perkainy jest dość duża (5 — 8 krotnie wyższa od kokainy), natomiast względna toksyczność w klinicznie używanych roztworach jest mniejsza od kokainy. Według Hofhausera współczynnik niebezpieczeństwa zatrucia, obliczony ze stosunku skutecznej do toksycznej dawki, jest o połowę mniejszy niż przy kokainie. Dawka maksymalna dla perkainy wynosi 0.1 g substancji, u osób kachektycznych i dzieci 0.02 — 0.04 g (Hofhauser). Do objawów zatrucia (w eksperymencie) należą: wzmożenie pobudliwości aż do gwałtownych drgawek klonicznych, przyśpieszenie oddechania, potem porażenie ośrodka oddechowego i śmierć.

Dotychczasowe kliniczne obserwacje, przeprowadzono przez chirurgów z półprocentową perkainą przy znieczuleniu nacieczeniowem bez ujemnych objawów i następstw w tysiącach przypadków z wyjątkiem jednego u Freunda, w którym, wobec poprzednio przez Christa, Henschena określonej dawki maksymalnej 0.2, nastąpiło zejście śmiertelne przy infiltracji 0.13 g perkainy tuż przed rozpoczęciem zabiegu. Objawy zatrucia były podobne do wyżej podanych (silne skurcze kloniczne, porażenie oddechania). Hofhauser zaobserwował w jednym przypadku przemijające drgawki.

Z laryngologów próbowali perkainę C. Hirsch, Rosenstein, Albesheim, Richter, Klestadt, Martins wyłącznie w znieczuleniu powierzchownem w 1 — 2%-wym rozczynie z dodatkiem 4 — 6 kropli adrenaliny na 50 $cm^3$ roztworu. Zeidler stosował $1^1/_2$%-ową perkainę z 1‰-ową adrenaliną w stosunku 1 :3 (analogicznie jak w mieszaninie Ephraima, złożonej z 20%-owej kokainy i 1‰-owej adrenaliny), a więc 0.375%-owy roztwór. Po rozpatrzeniu prac chirurgicznych i laryngologicznych przystąpiłem do własnych doświadczeń nad perkainą, stosując ją zrazu jedynie do znieczulenia powierzchownego przy zabiegach w nosie. (por. tablicę). Stosowałem 2%-owy roztwór perkainy w fizjologicznym rozczynie soli kuchennej, bez lub z dodatkiem 3 kropli rozcieńczonego kwasu solnego na 100 $cm^3$ roztworu perkainy (celem zneutralizowania ew. alkaljów, zawartych we flaszce), z dodatkiem 1 kropli adrenaliny na 10 $cm^3$ roztworu perkainy.

Należy unikać dodania do środków znieczulających większej ilości preparatów nadnerczowych, gdyż te wywołują w nosie u niektórych osób przykre działanie następowe we formie obrzęku błony śluzowej, silnej sekrecji, długotrwałych bólów i kichania (Heymann, Ruprecht, Hirsch, Klestadt). Jako przyczynę tego działania, występującego przy wszystkich preparatach nadnerczowych zapodają idjonsynkrazję (Heymann, Finder, Meyer, v. Eicken). W ostatnich czasach próbowali Finder i Meyer w miejscu preparatów nadnerczowych (sc. adrenaliny itp.) 3%-ową efedrynę, przy której powyższe ujemne objawy ani razu nie wystąpiły, nawet u osób na adrenalinę wrażliwych.

Znieczulenie powierzchowne perkainą przeprowadzałem zapomocą pasków z waty, miernie nią przepojonych, przed nadmiarem przepojenia lekko wyciśniętych, ułożonych pincetą nosową na miejscach błony śluzowej, na których miał nastąpić zabieg. Po upływie 10 — 15 minut usuwałem wkładki watowe i przystępowałem do zabiegu. Nie czekałem na teoretycznie podany okres wystąpienia znieczulenia, lecz kierowałem się z jednej strony indywidualną wrażliwością pacjenta, która zaznacza się zależnie od miejsca zastosowania uczuciem drętwienia górnych zębów, z drugiej strony kierowałem się doświadczeniem, że w przeciągu pewnego czasu przy pewnej ilości środka odurzającego musi nastąpić jego działanie. Dla stwierdzenia tego doświadczenia dotykałem miejsca, mające być poddane zabiegowi, sondą i ewent. jeszcze 1 — 2 razy pędzelkiem, przepojonym perkainą, uzupełniałem znieczulenie. Próby tej nie robiłem w przypadkach następującego jeszcze znieczulenia infiltracyjnego. Zużyta każdorazowo i dostateczna ilość jest dość mała, aby uniknąć objawów zatrucia. (por. tablicę).

Na podstawie doświadczeń stwierdziłem, że stosowany roztwór jest smaku lekko gorzkiego, jest trwały, daje się wyjałowić bez utraty swych własności. Działanie znieczulające występuje szybko i trwa długo. Przez dodanie adrenaliny uzyskuje się anemję błony śluzowej podobnie jak przy kokainie. Zeidler obserwował przy 2%-owej perkainie (i wyższej koncentracji) w kombinacji z adrenaliną w stosunku 1:3, a więc jeszcze przy 0.5%-owej w pojedyńczych przypadkach działanie przyżegające o przejściowym charakterze. Podobne działanie sam także spostrzegałem. Po wyjęciu wkładek watowych z nosa błona śluzowa w pojedyńczych miejscach była przykryta lekko przezrzystym nalotem tak jak n. p. po pędzlowaniu 3 — 5%-wym lapisem. Po zabiegach reakcja tkanki okazywała się słabszą, aniżeli po znieczuleniach kokainowych.

Celem ściślej obserwacji stosowałem perkainę wyłącznie samą, w sposób wyżej opisany. Klestadt miał 3 przypadki zapadu przed zabiegiem, po równoczesnem zastosowaniu perkainy z alypiną wzgl. kokainą. Z tego powodu, odnosząc przyczynę zapadów do wzajemnie potęgującego się działania środków znieczulających ostrzega on przed kombinacją perkainy z innemi środkami znieczulającemi.

Przy trudnościach w otrzymywaniu perkainy stosowałem w braku tego preparatu kokainę albo alypinę jak zwykle. Właśnie w dniu otrzymania nowej przesyłki zdarzył mi się następujący przypadek: W miareczce, w której zawsze odmierzałem ilość środka znieczulającego, znajdowały się $2^1/_2$ do 3 $cm^3$ 10%-owej alypiny. Przy następnym zabiegu, przy którym miałem usunąć galwanokaustycznie, obustronnie tylne końce muszli nosowych dolnych, użyłem właśnie tej ilości alypiny z dodatkiem 3 $cm^3$ 2%-owej perkainy. Po skończeniu zabiegu po jednej stronie

Tablica przeglądowa zabiegów w znieczuleniu perkainowem.

| Diagnoza | Liczba przypadków | Rodzaj zabiegu: Kaustyka błon śl. na doln. muszlach | Usunięcie tylnych końców muszel dolnych | Resekcja przedn. końc. muszli środ. | Punkcja jamy Highmora przez dolny przewód n. | Płukania jamy czołowej | Ekstrakcja polipów | Ekskochleacja jam sitowych | Resekcja przegrody nosowej | Galwanokaustyka na przegrodzie | Ekskochleacja przewodów nosow. | Rozmaite | Zużyta ilość 2%-ej perkainy w cm³ | Bóle pooperacyjne | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rhinitis chr. hypertroph. | 8 | + | + | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 5–6 | żadne | obustronnie w 1 akcie |
| | 2 | + | + | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 2½–3 | | jednostronnie |
| | 3 | – | + | + | – | – | – | – | – | – | – | – | 3½ | | |
| | 1 | – | + | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 5–6 | | obustronnie w 1 akcie |
| | 1 | + | + | + | – | – | – | – | – | – | – | – | 3½ | | jednostronnie |
| | 11 | + | + | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 2½–3 | | |
| Ethmoiditis purul. chr. polypos. | 3 | – | – | + | – | – | + | + | – | – | – | – | 7–9 | | obustronnie w 1 akcie |
| | 6 | – | – | + | – | – | + | + | – | – | – | – | 3½–5 | | jednostronnie |
| | 1 | – | + | + | – | – | + | + | – | – | – | – | 6–7½ | | |
| Sinuitis frontalis | 2 | – | – | – | – | + | – | – | – | – | – | – | 2½–3 | | |
| | 2 | – | – | + | – | – | – | – | – | – | – | – | 2½–3 | | |
| Sinuitis maxillaris | 15 | – | – | – | + | – | – | – | – | – | – | – | 2½–3 | | |
| Deviatio septi | 2 | – | + | – | – | – | – | – | + | – | – | – | 7½ | | operacja muszli nosowej obustr. |
| | 4 | – | – | – | – | – | – | – | + | – | – | – | 5 | | |
| | 6 | | + | – | – | – | – | – | + | – | – | – | 6 | | Po powierzchownem znieczuleniu perkainą infiltracja nowokainą |
| Rozmaite schorzenia migdał. | 7 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | + | ½–1½ | | |
| Scleroma nosa | 5 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | + | – | 7–10 | | |
| Krwotok nosa | 16 | – | – | – | – | – | – | – | – | + | – | – | 1 | | jednostronnie |

wystąpiło u pacjentki przemijające, ale kilkakrotnie się powtarzające: zblednięcie, niepokój wewnętrzny, uczucie trwogi, uczucie zimna w kończynach, ciężkość w oddechaniu. Zaburzenia przytomności, ani w czynności serca nie było. Puls prawidłowy. Te objawy trwały, mimo natychmiastowego usunięcia wkładek watowych z drugiej strony nosa i podskórnego zastrzyku 2 cm³ kardjazolu z przerwami przeszło godzinę. Z tego powodu nie przeprowadziłem już zabiegu z drugiej strony. Przypadek ten jest zupełnie podobny do opisanych przypadków przez Klestadta. Pomijając podłoże histeryczne, uważam za przyczynę jego wzajemnie się potęgujące działanie odurzające (trujące) perkainy i alypiny. Przy wyłącznem zastosowaniu perkainy nie zaobserwowałem żadnych zaburzeń.

Wspomnieć jeszcze należy o przypadku Martina, w którym do znieczulenia przy operacji przegrody nosowej zużyto 3 cm³ 1%-owej perkainy we formie rozpylenia, po 10 minutach 30 cm³ 1/2%-owej nowokainy z dodatkiem 5-ciu kropli adrenaliny podokostnowo i 8 cm³ 20% alypiny z adrenaliną we formie wkładek watowych, nią przepojonych, do nosa. Po dalszych 10 minutach wystąpiły skurcze kloniczne kończyn, szczękościsk, sinica, utrata przytomności, zanik oddechania i tętna. Mimo zastosowania zastrzyków podskórnie kamfory, śródżylnie hexetonu, strofantyny, lobeliny, mimo sztucznego oddechania, po krótkich tylko pauzach z poprawą, nastąpiła śmierć. Według C. Hirscha (Doświadczenia nad perkainą. Z. Laryng. 1931, T. 20, Z. 4. Str. 343) przyczyną śmierci w tym wypadku była przekroczona dawka alypiny, a mianowicie zużyto 8 cm³ 20%-owej alypiny 8 × 0,2 czyli 1,6 g alypiny, podczas gdy dawka maksymalna jej, przyjąwszy resorbcję z 1,6 g tylko w 1/5 czyli 0,32 g, wynosi 0,05 g.

Według dotychczasowych doświadczeń, perkaina nadaje się w przeciwieństwie do kokainy i nowokainy, zarówno do znieczulenia powierzchownego jak i infiltracyjnego. Jest ona też trucizną, która to własność jest wspólna wszystkim dotychczasowym środkom odurzającym, nie wyłączając nowokainy (Klotz, Ammersbach). Zabezpieczenie się przed otruciem, biorąc pod uwagę osiągnięcie zupełnego znieczulenia, polega na zastosowaniu małych ilości, małej koncentracji środka znieczulającego ze zwróceniem uwagi na wielkość powierzchni resorbcyjnej (Reclus, Maurel, Schleich, Braun, Heymann). Obok samego środka znieczulającego mogą przy zatruciach wchodzić w grę jeszcze inne czynniki jak odległość ośrodka oddechowego od powierzchni resorbcyjnej (Klotz), dalej idjosynkrazja, której dotychczas nie można w poszczególnym wypadku w żaden sposób określić (Lewin, Hesse, H. Fischer, G. Fischer, Tobias i Kroner, Krause, Heymann).

Objawy zatrucia perkainą są podobne do objawów przy kokainie (Heymann, Ammersbach, Marle (jak i przy chininie Marle), Johannessohn). Ze znajomości tychże można zatem wysnuć wnioski dla ewent. potrzebnej terapji przy zatruciach perkainą.

Ogólne zastosowanie perkainy w znieczuleniu miejscowem, wyłączne jej użycie, przy wszechstronnej znajomości jej własności umożliwić może tak wielkie i ważne zadanie ludzkości jak wytępienie nadużywania kokainy. Skreślenie kokainy ze spisu leków, podobnie jak heroiny, ułatwiłoby drogą odpowiednich rozporządzeń urzędowych zupełne wytępienie jej obrotu oficjalnego i nieoficjalnego. Miejsce importu wzgl. produkcji kokainy zajęłaby wtedy perkaina.

---

Dr. Rudolf TRZEBICKY, asystent kliniki Kraków.
Dr. Henryk REISS, b. asystent kliniki.

## Notatki terapeutyczne.

Z kliniki dermatologicznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. F. Walter.

Rozwijający się stale i pomyślnie polski przemysł farmaceutyczny wprowadził do leczenia cały szereg przetworów, spełniających w zupełności swe zadania i cele. Środki te, wielokrotnie już wypróbowane, mają za sobą rozległe piśmiennictwo tak, że działanie ich, jako też wskazania do ich zastosowania są już ogółowi lekarzy dobrze znane. Jeżeli podejmujemy próbę zesta-

wienia wyników naszych doświadczeń, to czynimy to w celu poparcia, względnie uzupełnienia spostrzeżeniami klinicznemi doświadczenia naszych poprzedników, jako też podzielenia się naszemi wynikami i zapatrywaniami na wskazania i działanie pewnych polskich przetworów, stosowanych w lecznictwie chorób skórnych i wenerycznych.

### I. *Gonacrin (Spiess i Syn. Warszawa).*

Barwik grupy akrydynowej *„Gonacrin"* (chlorowodorek dwuaminometyloakrydynowy) wprowadzono do lecznictwa już przed kilku laty. W roku 1927 rozpoczęliśmy stosować gonakrynę w leczeniu rzeżączki chorych, pozostających w leczeniu klinicznem i ambulatoryjnem kliniki dermatologicznej U. J. Wyniki nasze streszczone zostały w pracy Doc. T. Pawlasa p. t. „Leczenie rzeżączki żółtym barwikiem akrydynowym (Przegląd Dermatol. 1928 Nr. 4) jak również omawiano je w czasie obrad VI Zjazdu Dermatologów Polskich w Poznaniu 1928.

Wyniki lecznicze stosowania gonakryny ogłoszone w piśmiennictwie różnych krajów przedstawiają się niejednolicie, prawdopodobnie dlatego, że nie wszyscy badacze rozporządzali odpowiednim materjałem wystarczająco obfitym do tego rodzaju doświadczeń; przeważnie jednak spotykamy się z wynikami naogół dość korzystnemi. W leczeniu rzeżączki tak przedniej i tylnej cewki jak i jej powikłań stosowaliśmy gonakrynę dożylnie i miejscowo w postaci wstrzykiwań docewkowych. Do wstrzykiwań dożylnych zamiast oryginalnego 2% roztworu wodnego wprowadzonego do handlu przez fabrykę w ampułkach à 5 cm³ stosowaliśmy roztwór 2% gonakryny w 40% rozczynie glukozy. Przekonaliśmy się bowiem, że tak sporządzony roztwór nie wywołuje objawów ubocznych, o których pisał P a w l a s, względnie występują one w mniejszem nasileniu. W leczeniu rzeżączki gonakryną ograniczyliśmy się w pewnych przypadkach rzeżączki cewki moczowej męskiej jak i w przebiegu powikłań *(epididymitis, prostatitis, arthritis)* jedynie do wstrzykiwań dożylnych, — w innych przypadkach stosowano gonakrynę tylko miejscowo, względnie łączono oba te sposoby (dożylny i miejscowy) równocześnie. Wstrzykiwania docewkowe gonakryny polecaliśmy wykonywać 2 razy dziennie w rozcieńczeniu 1 : 2.000 — 1 : 1.000, stosując również 3 razy tygodniowo przepłukiwania całej cewki i pęcherza sposobem J a n e t a roztworami 1 : 10.000 — 1 : 5.000. W ostatnich czasach stosujemy docewkowe wstrzykiwania rozczynu gonakryny 1 : 2.000 raz dziennie w porze rannej, co drugi dzień przepłukiwanie cewki i pęcherza sposobem J a n e t a również rozczynem gonakryny 1:5.000, polecając poza tem choremu wstrzykiwać do cewki rozczyny wodne soli srebrowych (Prorgolu lub Gelarginy fabr. Motor) w zwyczajnie stosowanych stężeniach. Wstrzykiwania dożylne 2% gonakryny w 40% roztworze glukozy stosujemy w odstępach 2 — 3 dniowych przy zachowaniu zwykłej techniki wstrzykiwań. Około 44% chorych z rzeżączką leczyliśmy wlewaniami dożylnemi gonakryny, 20% wlewaniami dożylnemi z równoczesnemi wstrzykiwaniami tegoż preparatu do cewki dwukrotnie w ciągu dnia, a w 26% tylko miejscowo w postaci wstrzykiwań do cewki przedniej i przepłukiwań sposobem J a n e t a. W przypadkach rzeżączki cewki moczowej męskiej powikłanej zapaleniami przydatków *(epididymitis, prostatitis etc.)* stosowaliśmy gonakrynę dożylnie, w niektórych jednak przypadkach stosowaliśmy po ustąpieniu objawów ostrych przepłukiwania całej cewki i pęcherza rozczynem gonakryny.

Wspomnieliśmy, że po wstrzykiwaniach dożylnych rozczynu wodnego gonakryny, pojawić się mogą w pierwszych kilku lub kilkunastu minutach po zabiegu objawy uboczne w postaci uczucia gorąca zwłaszcza twarzy i błony śluzowej cewki, w jądrach i międzykroczu, zaczerwienienia skóry twarzy, uczucia ściskania w gardle i duszności, smaku goryczy w ustach, zawrotów głowy i nudności. Badanie tętna wykazuje znaczne jego przyśpieszenie, występować może ślinotok, zrywania na wymioty, a nawet same wymioty. Objawów tych można uniknąć przez wstrzykiwania roztworu gonakryny w cukrze gronowym, przyczem postępujemy w ten sposób, że do strzykawki 10 (lub 20) cm³ zawierającej roztwór gonakryny w ilości 5 — 10 cm³ po wkłuciu do żyły wciągamy krew i po zmieszaniu jej z roztworem gonakryny wstrzykujemy następnie do żyły. Tej odmianie techniki wstrzykiwań dożylnych roztworów gonakryny przypisujemy działanie osłabiające i zmniejszające objawy uboczne, które po tych wstrzykiwaniach mogą występować.

Wszystkie te metody stosowania gonakryny w leczeniu rzeżączki cewki moczowej męskiej dały nam rozmaite wyniki i to niejednokrotnie doskonałe, czasami jednak metoda ta zawodziła. Wytyczną dla osiągnięcia korzystnych wyników było dla nas szczegółowe badanie mikroskopowe wydzieliny cewki moczowej w czasie leczenia, przyczem zwracaliśmy uwagę na szybkość oczyszczania się moczu, ustępowanie objawów podmiotowych i na odczyn miejscowy błony śluzowej cewki. Jeżeli po 2-tygodniowem stosowaniu, tak dożylnem jak i miejscowem gonakryny utrzymują się nadal gonokoki w wydzielinie cewki moczowej, należy zdaniem naszem od leczenia wyłącznego gonakryną odstąpić, wybrać inną metodę, względnie połączyć ją z leczeniem przetworami srebrowemi.

Leczenie gonakryną obejmuje 120 przypadków rzeżączki obserwowanych dokładnie od początku do końca leczenia, przy zastosowaniu rozmaitych sposobów leczenia (jak już wyżej wspomnieliśmy). Gonokoki niekiedy znikały już po 2 dniach wstrzykiwań docewkowych, w przeważnej liczbie przypadków w 3 — 5 dniu, wreszcie w niektórych procentowo nielicznych przypadkach, utrzymywały się do 10 dnia. Nie zawsze szybkie ustępowanie gonokoków z wydzieliny cewki wskazywało na możność dobrego rokowania, te bowiem przypadki wymagały nieraz dłuższego dalszego leczenia. Po dożylnych wstrzykiwaniach gonakryną znikały gonokoki w obrazach mikroskopowych przeciętnie między 6 — 12 dniem leczenia. Niekiedy po dożylnych wstrzykiwaniach podjętych w przypadkach ostrej rzeżączki cewki moczowej męskiej z obfitą wydzieliną ropną, można było już na 2 dzień po zabiegu stwierdzić zmniejszenie się ilości wydzieliny ropnej z cewki, zmniejszenie się objawów podmiotowych a nawet i przedmiotowych, jak n. p. obrzęku błony śluzowej. Podobnie korzystne objawy spostrzegaliśmy także w przypadkach miejscowego stosowania gonakryny.

W zajęciu rzeżączkowem tylnej cewki moczowej wstrzykiwania dożylne gonakryny wpływały b. korzystnie na ustępowanie ostrych objawów podmiotowych i to już w przeciągu 1 — 2 dni, a zupełne oczyszczenie się drugiej części moczu następowało w przeciągu 3 — 6 dni. Na korzyść dożylnego wstrzykiwania roztworu gonakryny przemawia jeszcze fakt, że metodę tą możemy stosować w najostrzejszej postaci rzeżączki powikłanej, bez potrzeby wyczekiwania na przeminięcie ostrych objawów. Dobre działanie gonakryny, wstrzykiwanej dożylnie, spostrzegaliśmy również w przypadkach zapalenia ostrego najądrzy i sznurków nasiennych. Zwykle już nazajutrz po pierwszem wstrzyknięciu nie było bólu samoistnego najądrzy. Ból pod wpływem ucisku, a również obrzęk i stwardnienie ustępowały zwykle w 4 — 6 dni tak, że zwykle po 6 — 10 dniach mogliśmy już stosować wstrzykiwania docewkowe gonakryny lub przetworów srebrowych. W niektórych przypadkach zapalenia najądrzy ten sposób leczenia gonakryną zawiódł. W 2 przypadkach nieudałego leczenia zapalenia rzeżączkowego najądrzy badanie gonokoków w hodowli wykazało ich niezwykłą oporność na wyższą ciepłotę. Uzyskane hodowle trzymano przez kilka godzin w ciepłocie 43° C, następnie przeszczepiono na nowe pożywki. Hodowle nie zginęły, rozwijając się doskonale. Być może, że silne i żywotne szczepy gonokoków okazały się i w ustroju mało podatne na działanie gonakryny.

Mniej korzystne wyniki otrzymaliśmy w przypadkach rzeżączki przewlekłej; w niektórych przypadkach następowało wyleczenie, jednakże zazwyczaj nie uzyskiwaliśmy żadnej poprawy i zmuszeni byliśmy do zmiany metody leczenia.

W nielicznych przypadkach rzeżączki ostrej, w której leczenie gonakryną nie dało wyników korzystnych, dalsze leczenie, mimo przejścia na inne sposoby lecznicze, szło również opornie, a nawet mimo długiego, energicznego leczenia występowały uporczywe nawroty. P a w l a s przypuszcza, że w tych przypadkach gonakryna przedłużała okres leczenia, czyniąc proces chorobowy oporniejszym na leczenie. Sądzimy jednakowoż, że w tych przypadkach mieliśmy do czynienia albo ze szczególną zjadliwością szczepów gonokokowych albo z niekorzystnemi warunkami swoistemi ustroju.

Czas leczenia przypadków rzeżączkowych z wynikami doskonałemi wynosił 16 — 21 dni. W rzeżączce zaś powikłanej przeciętnie 4 tygodnie; jednakże spostrzegaliśmy wypadki, gdzie leczenie trwało więcej tygodni, a nawet 3 — 4 miesiące. Gonakrynę wstrzykujemy chętnie dożylnie u chorych z ostrem zapaleniem najądrzy, szczególnie w sprawach ostrych i bolesnych. Czasami łączymy te wstrzykiwania z wstrzykiwaniami domięśniowemi szczepionki rzeżączkowej. Dożylne wstrzykiwanie gonakryny doprowadza szybko do ustąpienia dotkliwej nieraz bolesności miejscowej, a po dalszych wstrzykiwaniach do szybkiego ustąpienia powikłania i do dalszej poprawy innych objawów rzeżączkowych. W przypadkach niepowikłanej rzeżączki cewki moczowej męskiej stosujemy miejscowe wstrzykiwania roztworu gonakryny, w łączności z miejscowemi wstrzykiwaniami docewkowemi przetworów srebrowych. — W każdym przypadku stosujemy przepłukiwania rozczynem gonakryny sposobem J a n e t a 3 razy tygodniowo w ilości 1 litra.

O innych niekorzystnych stronach leczenia rzeżączki gonakryną, jak n. p. o występowaniu silnego zżółknienia powłok skórnych po wykonaniu wstrzyknięcia, objawów występowania rumieni skóry i zapaleń po naświetlaniu promieniami słonecznemi, o plamieniu skóry i bielizny i t. p., zdawał sprawozdanie w wymienionej na początku pracy naszej kliniki Pawlas.

*II. Leczenie miejscowe Gonakryną zakażeń ropnych skóry.*

Wykorzystując bakterjobójcze działanie gonakryny, stosowaliśmy ją zewnętrznie w postaci pendzlowań i okładów w przypadkach ropnych zakażeń skóry (liszajców, ropnych zapaleń uchyłków włosów, chorób grzybkowych), oraz w sprawach wysiękowo-pęcherzowych jak n. p. w pęcherzycy z dobrym skutkiem. Po oczyszczeniu miejsc chorych, usunięciu ew. strupów i t. d. stosowaliśmy pendzlowanie miejscowe 1/2 — 2% roztworem gonakryny w wodzie lub w rozczynie cukru gronowego. Chorzy znosili ten zabieg naogół dobrze, choć czasami niektórzy o skórze bardziej wrażliwej dostawali objawów podrażnienia t. j. miejscowego zaczerwienienia skóry. Ten sposób leczenia stosowaliśmy zarówno na skórze nieowłosionej jak i owłosionej u kobiet i u mężczyzn. Pendzlowania te stosowaliśmy zasadniczo codziennie przez dłuższy przeciąg czasu, przyczem co do określenia czasu leczenia kierowaliśmy się stanem widocznej poprawy. Pendzlowania te wywoływały cofanie się zmian zapalnych; już po 1 — 2 pendzlowaniach następowało zblednięcie i złuszczenie się wykwitów chorobowych, z czem również zmniejszały się objawy podmiotowe chorego. U chorych z pęcherzycą miejsca obnażone z wierzchnich warstw naskórka i lekko sączące po pęknięciu pęcherzy ulegały zwłaszcza szybkiemu zasychaniu i poczynały się zpowrotem pokrywać prawidłowym naskórkiem. Niejednokrotnie mogliśmy spostrzegać towarzyszące ustępowaniu tych zmian polepszenie się stanu ogólnego.

*III. Działanie uczulające na leczenie światłem.*

Staraliśmy się również wyzyskać uczulające właściwości gonakryny na działanie promieni świetlnych. Znane są wypadki zbytniego uczulenia, którego objawem były zapalenia skóry *(coup de soleil acridinique* — Jaussion). Niemniej starano się te właściwości gonakryny wyzyskać jako moment leczniczy. I tak opisuje Ostrowski (Przegl. Dermat. 3, 1930) szereg przypadków łuszczycy, w których naświetlanie promieniami pozafiołkowemi powłok zewnętrznych po uprzedniem wstrzyknięciu gonakryny spowodowało znaczną poprawę (7 — 10 wlewań dożylnych i naświetlanie przez miesiąc lampą kwarcową codzień przez 5 — 20 minut wystarczało nieraz do ustąpienia objawów chorobowych). Gonakrynę jako środek uczulający stosowaliśmy w przypadkach schorzeń gruźliczych skóry, leczonych naświetlaniami promieniami pozafiołkowemi, z tą myślą, aby wprowadzeniem gonakryny drogą ogólnego krwiobiegu do tkanek ustroju wywołać w nim, a zwłaszcza w skórze, pewne wzmożenie wrażliwości, i co zatem idzie, łatwiejszą przyswajalność promieni leczniczych; wzmożenie zaś przyswajalności promieni zwiększyłoby z natury rzeczy ich siłę leczniczą. Że wprowadzenie do ustroju ciał barwikowych, względnie fosforyzujących zwiększać może wrażliwość ustroju na promienie świetlne, jest rzeczą wiadomą. Między innymi wstrzykiwał Kauczyński (Pol. Gaz. Lek. 1928) podskórnie uraninę i wywoływał miejscowo większą wrażliwość na promienie lecznicze, co się objawiało szybszem powstawaniem rumienia zapalnego w odpowiednich częściach skóry. Gonakrynę stosowaliśmy jako środek uczulający w przypadkach gruźlicy skóry (gruźlicy toczniowej a zwłaszcza rozpływnej, *tbc. colliquativa)*, zakażeń ropnych skóry (n. p. *sycosis barbae)* i t. p. Podawaliśmy gonakrynę w tych przypadkach co drugi dzień, w ilości 5 cm³ 2% roztworu, powtarzając zabieg 4 — 10 razy. Podawaliśmy w innych przypadkach w tym samym celu gonakrynę na wewnątrz w ilości takiej samej t. j. po 0.1. — Niezależnie od tego stosowaliśmy równocześnie pendzlowanie roztworem gonakryny miejsc schorzałych, jako środek leczniczo-uczulający. Po podaniu gonakryny przystępowaliśmy do naświetlania chorego promieniami pozafiołkowemi, zaraz lub po upływie 10 — 30 minut od chwili podania preparatu; same naświetlania trwały od 5 do kilkudziesięciu minut. Ilość naświetlań była oczywiście b. różna, w zależności od stanu i ustępowania choroby.

W wynikach leczniczych spostrzeganych w przypadkach w ten sposób leczonych, stwierdzaliśmy naogół skrócenie potrzebnego czasu leczenia, zgodnie z założeniem teoretycznem, — co się okazywało w szybkiem ustępowaniu chorobowych zmian na skórze, jak i w szybkiej poprawie stanu ogólnego chorych.

*II. Szczepionka Dmelcos (fabr. Spiess i Syn Warszawa).*

Piśmiennictwo polskie dotyczące wyników leczniczych stosowania szczepionki Dmelcos w przebiegu wrzodów miękkich i ich powikłań, jest stosunkowo dość obszerne, co uwalnia nas od zajęcia się stroną czysto bakterjologiczną danego przetworu. Prace te zajmują się głównie znaczeniem leczniczem tychże szczepionek, względnie ich znaczeniem rozpoznawczem. Nasze spostrzeżenia obejmują prócz tych dwóch zadań także i próby współleczenia kiły szczepionką *Dmelcos.*

*Znaczenie rozpoznawcze.*

Próby wywołania odczynów wśródskórnych odpowiednio przygotowanemi pałeczkami Ducrey'owskiemi, wyhodowanemi na sztucznych podłożach datują się od pierwszych badań autorów japońskich w 1912 i 1913 r. Z biegiem czasu wypracowano sposób przygotowywania szczepionek z bakteryj wrzodu miękkiego i technikę odczynów wśródskórnych, co pozwoliło wielu autorom (Reenstierna, Nicolle i Durand) potwierdzić znaczenie rozpoznawcze odczynu wśródskórnego w przebiegu wrzodu miękkiego. Odczyn ten okazał się czuły i swoisty i oddaje nam usługi, zwłaszcza w przypadkach niepewnych, w których znalezienie pał. Ducrey'a napotyka na pewne trudności.

Dodatnie odczyny po szczepionkach z pałeczek Ducrey'owskich mają jeszcze inne donioślejsze znaczenie, świadczą bowiem, że w przebiegu wrzodu miękkiego nie zachodzi sprawa czysto miejscowa, ale że wytwarza się także przewrażliwość swoista skóry u danego chorego na wprowadzony doskórnie wywoływacz, jakim są zabite bakterje wrzodu miękkiego. Zjawisko to pojawia się tylko w obecności odpowiednio przygotowanych szczepionek bakteryj, natomiast żywe pałeczki Ducrey'a wywołują u chorych z wrzodami miękkiemi po zaszczepieniu w skórę powstanie typowego wrzodu miękkiego. Nie wytworzyła się więc u chorych z wrzodami miękkiemi właściwa odporność, tej bowiem wrzód miękki nie wywołuje, rozwinął się tylko stan swoisty przewrażliwości skóry, stan alergji.

Szczepionka *Dmelcos* jest fluoryzowaną zawiesiną kilku odmian pałeczek łańcuszkowych. Zjadliwość szczepionki jest osłabiona przez odpowiedni sposób hodowania drobnoustrojów (przez fabrykę zastosowany), przyczem dla zabezpieczenia szczepionki od rozkładu, dodano do niej nieznaczną ilość kwasu karbolowego. Szczepionka *Dmelcos* znajduje się w handlu w ampułkach o zawartość 1 cm³ (225 miljonów), $1^1/_2$ cm³ (335 mil.), $2^1/_2$ cm³ i 3 cm³.

W celach rozpoznawczych stwierdzenia tego stanu swoistej przewrażliwości skóry stosowaliśmy szczepionkę fluoryzowaną w ilości 0,05 — 0,1 cm³ zawierającego 225 mil. pałeczek.

Szczepienie doskórne wykonywaliśmy w okolicy ramienia po stronie zewnętrznej zazwyczaj w ilości 0.1 cm³ (względnie 0.2 cm³, u kobiet 0,05 cm³), wykonując równocześnie wstrzykiwania kontrolne rozczynem fizjologicznym soli. Dodatni odczyn pojawiał się po upływie 18 — 24 godzin w postaci plamki rumieniowej i małej wyniosłości grudkowej — (słaby stopień odczynu) — lub grudki wyraźnie naciekłej o wielkości ziarna pszenicy, otoczonej rąbkiem zapalnym albo nawet tarczką rumieniową — (wybitnie dodatni stopień odczynu). W przypadkach wybitnego odczynu wytworzyć się może nawet krosta, względnie najbliższe naczynia chłonne ulec mogą obrzękowi. Czasami pojawia się odczyn ogólny w postaci podniesionej ciepłoty, nie przekraczającej jednak 38° C, a do wyjątków należy pojawienie się wyższej i długotrwałej ciepłoty (Hudelo). Po 3 — 4 dniach odczyn znika, naciek ulega wessaniu. Wstrzykiwania doskórne szczepionką *„Dmelcos"*, wykonane u ludzi nie cierpiących na wrzód miękki, n. p. u chorych kiłowych, nie wywoływały swoistych dodatnich odczynów; najwyżej pojawiał się u nich słaby odczyn w postaci zaczerwienienia i nieznacznego nacieku, który po upływie 24 godzin znikał w zupełności. Ilość wprowadzonej szczepionki nie ma większego wpływu na nasilenie odczynu. Odczynu tego nie da się wywołać bezpośrednio w pierwszych kilku dniach trwania wrzodu miękkiego, wrażliwość bowiem na szczepionkę powstaje w ustroju po 8 — 10 dniach. Najwybitniejsze odczyny powstają w przebiegu wrzodu miękkiego, powikłanego swoistemi zmianami zapalnemi w gruczołach chłonnych. Ciekawie zachowuje się odczyn wśródskórny w przebiegu następowego leczenia szczepionką *Dmelcos* wrzodów miękkich. Wykonane po 4 — 5 wstrzykiwaniach po skończonem leczeniu nowe szczepienie wśródskórne pozostały bez dodatniego wyniku. W tych wypadkach wrażliwość skóry na szczepionkę zanikła wśród leczenia swoistego i nastąpiło zjawisko odczulenia *(desensybilizacji).* Powyższe zjawisko wytworzenia się przewrażliwości na szczepionkę wprowadzoną

# HORYNIEC-ZDRÓJ

## KĄPIELE SIARCZANE I BOROWINOWE

ADRES: ZARZĄD ZDROJOWISKA **HORYNIEC-ZDRÓJ**, POWIAT LUBACZÓW, WOJEWÓDZTWO LWOWSKIE

KOLEJ, POCZTA, TELEGRAF, TELEFON W MIEJSCU

HORYNIEC leży przy linji kolejowej Jarosław-Rawa Ruska, w powiecie lubaczowskim (województwo lwowskie).

Miejscowość rozciąga się długim pasem, przebiegającym od wschodu na zachód, wzdłuż rzeczki Gliniańca i dzieli się na dwie części: miasteczko i zdrój. Miasteczko nigdy nie korzystało z przywilejów miejskich, chociaż jest osadą dość dużą o ludności polskiej i ruskiej.

Za Jagiellonów był Horyniec królewszczyzną, pokrytą olbrzymim lasem, i dlatego chętnie odwiedzaną przez zamiłowanych w łowach królów. W XVII wieku Horyniec był własnością Sobieskich. Król Jan III, który rezydował w Podhorcach, później w Żółkwi, wybudował w Horyńcu zamek myśliwski i przyjeżdżał tutaj na łowy i na kąpiele siarczane. Zamek był wybudowany jako obronny, posiadał z obydwu frontów po 4 strzelnice, zachowane od wnętrza do dnia dzisiejszego, oraz loch, również istniejący, połączony z basztą obronną nad gościńcem. Od zamku w stronę lasów prowadził pod ziemią drugi loch, długości około 1000 m., zapewne celem umożliwienia oblężonym wyjścia w razie oblężenia. Ślady tego lochu znajdują się jeszcze w 3 miejscach. Jak widzimy, zamek horyniecki służył królowi Janowi III zarówno jako forteca, flankująca Żółkiew od zachodu, jak również dla celów myśliwskich, a wreszcie dla poratowania zdrowia w razie dolegliwości gośćcowych.

Z końcem XVII wieku przeszedł Horyniec na własność Mikołaja hr. Stadnickiego, który w roku 1706 ufundował klasztor OO. Franciszkanów w miasteczku oraz cerkiew grecko-katolicką w zdroju. Wdowa po Ignacym hr. Stadnickim, Zofja z Poletyłłów herbu Trzywdar, poślubiła ks. Aleksandra Ponińskiego; stąd od końca XVIII wieku Horyniec był własnością książąt Ponińskich, których ostatni potomek po mieczu, Kalikst ks. Łodzia Poniński, zmarł jako oficer Wojsk Polskich w roku 1920. Drogą dziedzictwa Horyniec przeszedł na obecnych właścicieli: Jadwigę, Zygmunta i Jana Karłowskich.

Pałac horyniecki przebudowany został przez ks. Aleksandra Łodzia Ponińskiego, według projektu architekty Talowskiego z Krakowa, przy zachowaniu wszelkich dawnych zabytków w starych murach, o grubości 2 metrów; między innemi zachowane są trzy marmurowe odrzwia z czasów Jana III.

Z okresu posiadania Horyńca przez książąt Ponińskich zaznaczyć należy wybudowanie przez ks. Leandra Ponińskiego teatru w roku 1843. Jest to budynek murowany, w stylu Odrodzenia, z salą teatralną o 2 piętrach i sceną od piwnicy do strychu, urządzoną według ówczesnej techniki teatralnej. W teatrze tym do r. 1900 dawano rocznie po kilkanaście przedstawień. Jest to jeden z nielicznych zabytków sztuki teatralnej w Polsce.

HORYNIEC-ZDRÓJ położony jest tuż obok stacji. Leży on przy zachodnim brzegu pasma Roztocza Lwowsko-Tomaszowskiego. Trzon tego pasma zbudowany jest z tak zwanej opoki lwowskiej, wieku górno-senońskiego (górnokredowego), przykrytej utworami mioceńskiemi w postaci piasków, piaskowców i wapieni litotamniowych. Wzdłuż pewnej linji tektonicznej, przebiegającej z północnego zachodu na południowy wschód, o parę kilometrów na wschód od Horyńca (koło wsi Sopot), opoka lwowska nagle zapada w głąb, schodząc na zachód w kierunku dorzecza Sanu do bardzo wielkiej głębokości. Dlatego też w samym Horyńcu nie spotykamy już opoki, lecz tylko wyżejległe wapienie litotamniowe. Owo głębokie zapadlisko, obejmujące dorzecze Sanu i Wisły, nazywa Teisseyre zapadliskiem chrobackiem. Zapadlisko to wypełnione jest górnomioceńskiemi iłami krakowieckiemi. Iły te, zwłaszcza na krańcach zapadliska, zawierają drobne kryształki gipsu, miejscami zaś większe gniazda gipsowe. Dlatego też wzdłuż wschodniej granicy tego zapadliska od Horyńca aż po Lubień spotykamy szereg źródeł siarczanych, bijących z tych iłów. Horyniec zatem, leżąc na samej granicy zapadliska chrobackiego, jest miejscem, w którem iły krakowieckie, zapełniające to zapadlisko, przechodzą w rafowe wapienie litotamniowe, rozwinięte na garbie Roztocza.

Według Siemiradzkiego należy przyjąć, że iły krakowieckie dorzecza Sanu przechodzą ku południowi w podkarpacką mioceńską formację solonośną, której zawdzięczają swe powstanie wszystkie podkarpackie solanki.

W Horyńcu występują 4 źródła, z których 2 są obecnie ujęte. Źródła leżą na łące, tworzącej dolinę rzeczki Gliniańca, pomiędzy pasmami wzgórz, szerokości około 200 m., długości około 3 km. Łąka jest zamieniona na park, rozciągający się także na południowy stok sąsiedniego wzgórza, na którem zbudowany jest pensjonat zakładowy, Kalikstówka, stojący naprzeciw dworca kolejowego. Pensjonat ma położenie bardzo piękne wśród parku i zwrócony jest oknami pokoi mieszkalnych do południa. Z okien pensjonatu można objąć wzrokiem całą dolinę i przeciwległe lesiste wzgórza. Tennis, kręgle uprzyjemniają pobyt.

Drugim pensjonatem zakładowym jest Aleksandrówka, posiadająca bardzo piękne sale gościnne dla zabaw i tańców. W czasie sezonu odbywają się tam od czasu do czasu przedstawienia, koncerty, zabawy taneczne, odczyty.

Obydwa te pensjonaty są skanalizowane i oświetlone elektrycznie.

Prywatne pensjonaty, jak Lwowianka, Dora, Felicja, Nowina, dają wielki wybór mieszkań z utrzymaniem lub bez i w rozmaitych cenach.

Poza temi większemi domami mieszkalnemi znajduje się jeszcze dużo pomieszczeń w szeregu domów, ciągnących się wzdłuż drogi, przecinającej wieś całą, i łączącej Horyniec-Zdrój z miasteczkiem.

Piękne, dalekie spacery w okolicę: ku Świdnicy, Smolinowi, Radrużowi uprzyjemniają pobyt, zwłaszcza że teren jest falisty, pagórkowaty, o lekkich pochyłościach i nader malowniczych jarach i kotlinach, szczególnie w kierunku sąsiednich miejscowości, jak Nowiny, gdzie znajduje się uczęszczana kaplica polska, Werchrata, Dziewięcierz o pięknie ukształtowanych i urozmaiconych wzgórzach.

ŁAZIENKI mieszczą się w samym środku łąki w prostej linji od dworca i pensjonatu, a wygodna ścieżka daje możność swobodnego przejścia przez park.

Obejmują one:
9 wanien I klasy,
24 wanien II klasy,
8 wanien borowinowych I klasy,
4 wanny borowinowe II klasy,
4 leżalnie.

W toku znajduje się również budowa urządzeń dla wodolecznictwa i elektroterapji.

NAJWAŻNIEJSZE źródło „Róży" mieści się na łące, mającej spad z północnego wschodu na południowy zachód, w odległości 54 metrów od rzeczki Gliniańca, płynącej ze wschodu na zachód. Spad przedłuża się poniżej źródła, dochodząc do potoczka Horynianki, odległego o 106 metrów. Obok, w odległości 20 metrów, znajduje się

starsze źródło, wypływające z głębokości 6 metrów. Źródło „Róży“ jest studnią, wierconą do 22 metrów. W chwili dowiercenia wytrysnęła woda z bardzo znaczną siłą, a obecnie wznosi się jeszcze własną siłą do wysokości 5 metrów, tak że samoczynnie napełnia kotły i zbiorniki.

Obfitość źródła wynosi 80 litrów na sekundę, wody wystarcza więc na kilka tysięcy kąpieli dziennie.

**Wyniki badania wody ze źródła „Róży“ według Dra H. Ruebenbauera:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Barwa | wodojasna, kryształowa. | | |
| Smak | siarczany, alkaliczno-słony. | | |
| Woń | silna siarczana. | | |
| Temperatura | 8.5 stop. C. | | |
| Ciężar właściwy | 1.006 | | |
| Przewodnictwo elektryczne | $7.49 \times 10^{-4}$ | | |
| Radjoczynność | $4.7 \times 10^{-5}$ | | |
| Stężenie jonów pH | 7.4 | | |
| Substancji suchej | 524.00 | mg | w litrze |
| Tlenku żelaza | 0.03 | „ | „ |
| Tlenku manganu | 0.01 | „ | „ |
| Tlenku wapnia | 156.83 | „ | „ |
| Tlenku magnu | 26.93 | „ | „ |
| Tlenku potasu | 54.09 | „ | „ |
| Tlenku sodu | 34.71 | „ | „ |
| Tlenku litu | 2.01 | „ | „ |
| Bezwodnika krzemowego | 33.20 | „ | „ |
| Bezwodnika węglowego wolnego | 76.10 | „ | „ |
| Bezwodnika węglowego z dwuwęglanów | 116.68 | „ | „ |
| Bezwodnika azotowego | 0.02 | „ | „ |
| Bezwodnika azotawego | 0.00 | „ | „ |
| Bezwodnika siarkowego | 65.28 | „ | „ |
| Chloru | 25.28 | „ | „ |
| Bromu | 1.12 | „ | „ |
| Jodu | 0.043 | „ | „ |
| Siarkowodoru | 48.32 | „ | „ |

Na uwagę zasługuje wysoka zawartość soli kuchennej, potasu, węglanów alkalicznych, siarkowodoru oraz pewna radjoczynność.

Wobec tego woda horyniecka znaleźć może szerokie zastosowanie lecznicze.

Obecnie przyszliśmy do przekonania, że skóra jest nietylko osłoną organizmu od zewnętrznych wpływów, lecz że działanie jej wyraża się naogół w następujących trzech kierunkach:

1. W obrocie wodą i solą. Ten obrót wody i soli odbywa się głównie w tkance łącznej i skórze; a musi się on odbywać bez przeszkód, aby nerki mogły wydzielić nadmiar wody wraz z odpadkami przemiany materji. Zaburzenia w obrocie skórnym i łącznotkankowym wywołują natychmiast z jednej strony obrzmienia (oedemy), z drugiej oligurję lub anurję. Ta ważna rola skóry i tkanki łącznej spowodowała wielu autorów do użycia dla tych tkanek nazwy „przednercza“. Dla dokładnego zaś działania nerek jest sprawne działanie „przednercza“ nieodzowne.

2. Drugiem ważnem zadaniem skóry jest tworzenie substancyj ochronnych tak swoistych, jak i nieswoistych w organizmie ostro lub przewlekle schorzałym. Skóra w przeważnej mierze jest organem, wytwarzającym substancje ochronne, które pozwalają organizmowi nietylko przebyć pewne choroby zakaźne, ale także uodporniają go na dłuższy czas na zarazki tych chorób. Łączą się z tem te procesy w skórze, które znamy z przebiegu niektórych chorób zakaźnych jako wysypki, np. przy odrze lub szkarlatynie, i widzimy fakt, znany już dawnym lekarzom, że np. odra tem łagodniej przebiega, im wysypka jest silniejsza, gdy słaby wykwit wskazuje na zagrożenie organów wewnętrznych. Błona śluzowa — choć równie schorzała — nie ma zdolności wytwarzania tych substancyj ochronnych. To też choroby zakaźne, t. zw. wysypkowe, a więc przebiegające wśród reakcji skóry, tworzą trwałą, czasem nawet absolutną odporność. Wychodząc z tego samego założenia, przyjmuje znany syfilidolog wiedeński prof. E. Finger, że właśnie te przypadki infekcji kiłowej, przy których występuje słaba wysypka, prowadzą do schorzeń organów wewnętrznych (Aortitis, Entarteritis, schorzenia metaluetyczne centralnego systemu nerwowego). W związku z tem znikającem działaniem ochronnem wysypki luetycznej stoi również wzrost tych chorób, szczególnie schorzeń aorty, od czasu, jak zaczęto stosować kurację rtęciową i salwarsanową. Równocześnie jednak przez takie leczenie ciężkie przypadki chorób skórnych trzeciorzędnej kiły prawie zniknęły.

3. Trzeciem zadaniem skóry — poza wydzielaniem potu — jest osmotyczna wymiana płynów w postaci pary wodnej i gazów (np. bezwodnika węglowego) przez transpirację i perspirację. W warunkach normalnych, t. j. gdy ciało otoczone jest powietrzem, prąd wody i gazu przez skórę zwrócony jest ku otoczeniu. Następuje wówczas wyparowanie wody i bezwodnika węglowego przez skórę z płynów tkankowych i z krwi, a mianowicie pary wodnej więcej niż z płuc, bezwodnika węglowego $^1/_{25}$ do $^1/_{50}$ części tej ilości, jaka bywa z płuc wydychana; oprócz tego wydzielają się ciała organiczne: lotne i nielotne związki, a więc naturalnie i odpadki przemiany materji. W warunkach patologicznych mogą w ten sposób wydzielać się z ciała także produkty patologicznej przemiany, przez co organizm się odczyszcza i odkaża. Kąpiel odwraca jednak do pewnego stopnia czynność skóry: płyn zewnętrzny przesyca zwolna naskórek, a wraz z nim wnikają do tkanek i składniki, w kąpieli rozpuszczone.

Pamiętając o owych trzech zadaniach zdrowej i chorej skóry, możemy łatwo zrozumieć działanie kąpieli siarczanych. Aczkolwiek setki lat doświadczenia uczyły nas o wpływie kąpieli siarczanych na organizm, przecież był on przez wielu lekarzy podawany w wątpliwość. Dzisiaj jednak jesteśmy w stanie działanie kąpieli siarczanych wyjaśnić łatwiej, aniżeli dawniej.

Przedewszystkiem ciepło kąpieli zmusza skórę do przekrwienia i do wzmożonej czynności. Prąd wody, skierowany przez skórę do tkanek i do krwi, działa pobudzająco, rozpuszcza cząstki soli, silniej w skórze i tkance łącznej zaczepione, i powoduje dość znaczną diurezę. Chociaż to działanie pobudzające jest właściwe każdej ciepłej kąpieli, przecież zawarte w horynieckiej wodzie rozliczne składniki działanie to znacznie wzmagają: daje się zauważyć, że twarde obrzmienia na goleni z powodu żylaków lub zapaleń miękną lub znikają po kąpielach; owrzodzenia nóg, powstałe wskutek tych chronicznych obrzmień, tracą swój ostry charakter i zdradzają skłonność do gojenia się; są to działania lecznicze, jakich woda ciepła obojętna nie wykazuje. Przez kąpiel ciepłą zwiększona czynność „przednercza“ ułatwia wydzielanie moczu oraz oddawanie normalnych i patologicznych produktów przemiany: a więc nadmierna ilość kwasu moczowego z krwi i ze złogów, chorobą spowodowanych, ulega rozpuszczeniu i oddaleniu. Także przy zatruciach zwiększa działanie kąpieli siarczanej wydzielanie z organizmu trucizn. Przypomnę tylko wpływ leczniczy kąpieli siarczanych przy zatruciach ołowiem.

NAJWAŻNIEJSZĄ dziedziną kąpieli horynieckich są rozliczne odmiany gośćcowych schorzeń stawowych. Człowiek nowożytny jada za dużo przypraw korzennych, które zczasem prowadzą do zmian w przewodzie pokarmowym, za mało ma ruchu, woli przesiadywać w dusznej kawiarni, aniżeli na powietrzu, traci elastyczność i gibkość mięśni i stawów. Hołdowanie modzie czyni także spustoszenia w organizmie, bo przecież noga, obuta w cieniutki pantofelek i w jedwabną pończoszkę, nie może wytrzymać mrozu; młodzież nawet ze zdrowego sportu robi rekordy; to też osłabiony organizm nie wytrzymuje przeziębienia lub przemrożenia i zapada na rozliczne schorzenia, z których najczęstszem jest gościec. Zwykle jednak pierwsze zwiastuny poczynającej się choroby idą w zapomnienie, lekarza wzywa się dopiero, gdy gorączka, dotkliwe bóle, albo nawet upośledzenie czynności uczynią człowieka niezdolnym do pracy. Zawezwany lekarz zwyczajnie początkowo stosuje preparaty salicylowe, nacierania lub różnego rodzaju zastrzyki. Tymczasem wiadomo, że właśnie w takich stanach, jak Polyarthritis chronica, Arthritis deformans, wszystkie wymienione środki nie działają. Wszystkie te środki bowiem przeważnie zwalczają symptomy, a nie przyczynę cierpienia, zaś środki podrażniające z dziedziny wstrzykiwań proteinowych dokonują w organizmie zbyt wielkich przewrotów. Już przecież Bier wykazał, że ognisko chorobowe jest nadzwyczaj wrażliwe i na najdrobniejsze podrażnienie silnie reaguje, a ostre środki raczej nawet szkodzą. Korzystniejszą więc jest rzeczą sto-

sować środki łagodne, ale długotrwałe. Takiemi zaś łagodnemi środkami są kąpiele, a zwłaszcza kąpiele siarczane.

Znane jest stosowanie kolloidalnej siarki w postaci zastrzyków podskórnych lub domięśniowych, jako artrotropowego ciała drażniącego. Świadomość, że właśnie skóra ma zdolność wytwarzania ciał ochronnych, spowodowała poniechanie zastrzyków podskórnych i domięśniowych na rzecz zastrzyków doskórnych. Ta jest także droga, którą związki siarkowe z kąpieli przedostają się do organizmu. Wniknąwszy w skórę, rozwijają podrażnienie i zwiększają produkcję tych ciał ochronnych, których źródłem jest skóra.

Szczególnie ważna dla wody horynieckiej jest znaczna zawartość alkaljów w postaci dwuwęglanu sodowego i dwuwęglanu potasowego. Siarka w wodzie horynieckiej nie występuje w postaci czystego siarkowodoru, lecz tworzy cały szereg związków: $H_2S$, $H_2S_2$, $H_2S_3$, $H_2S_4$, $H_2S_5$, $H_2S_7$; te związki łączą się ze sodą, a nadewszystko z potasem, w połączenia wielosiarkowe, które można ująć w wzory: $K_2S_3$, $K_2S_5$, $K_2S_7$. Są to związki łatwo w wodzie rozpuszczalne. Gdy zaś uwzględnimy właściwości skóry, łatwo spostrzegamy, że te związki, przenikając do skóry, wywołują działanie tem silniejsze, że obok kolloidalnej siarki przychodzą do działania jony sodu i potasu. Działanie tych jonów na złogi kwasu moczowego jest powszechnie znane, dowiedzione jest również działanie drażniące i moczopędne soli potasowych. To też łatwo sobie wyjaśnić skuteczność wody horynieckiej. Nawet bardzo silne schorzenia po kąpieli łatwo ustępują, sprowadzając zmniejszenie opuchnięć, bolów i ogólne pokrzepienie organizmu.

Duże działanie przypisać należy także gazowym składnikom wody horynieckiej. Przedewszystkiem zawiera ona pewną ilość emanacji radowej, której działanie w dolegliwościach gośćcowych i dnawych należy uważać za powszechnie znane; zawiera ona także wolny bezwodnik węglowy, który zadrażnia skórę narówni z wielosiarczkami i siarkowodorem.

Bezwodnikowi węglowemu należy też przypisać dobroczynne działanie, jakie woda horyniecka w postaci kąpieli wywiera na serce. Dawne mniemanie, że kąpiele — zwłaszcza siarczane — są przeciwwskazane przy dolegliwościach sercowych, można uważać za obalone. Wszakże większa część chorób sercowych — chorób zastawek — to następstwa schorzeń gośćcowych. Leczenie przyczyny, t. j. reumatyzmu, musi się odbić korzystnie i na samym aparacie krążenia. W Horyńcu, gdzie przeważają chorzy reumatyczni, znajduje się też znaczny procent (prawie 25%) chorych sercowych, którzy nietylko znoszą kurację bardzo dobrze, ale nawet ozdrowiali, lub przynajmniej znacznie pokrzepieni, wyjeżdżają po odbytem leczeniu.

Zawartość wapna w wodzie horynieckiej jest niezbyt wielka, zawsze jednak i jony Ca przychodzą do działania, których skuteczność przy zapaleniach błon śluzowych, ich własność uszczelniająca przy chorobliwej przepuszczalności najdrobniejszych naczyń, oraz ich zdolność zwalczania skazy wysiękowej jest również dowiedziona.

Po zastosowaniu kąpieli horynieckich zauważyć się daje reakcja ze strony nerwów, skóry, aparatu ruchowego, a nawet organów wewnętrznych: uczucie osłabienia, bolesność w stawach, niekiedy wykwity na skórze, zmiany w trawieniu, objawy sercowe.

Odróżnić można trzy rodzaje reakcyj:

1. Słabą, która występuje mniej więcej w tydzień po zastosowaniu kąpieli, trwa trzy do czterech dni, organy wewnętrzne nie ulegają zmianie: pewna bolesność i nieruchomość stawów.

2. Średnią. Występuje po 10 dniach, trwa około 10 dni: bolesność mięśni i stawów.

3. Silną. Występuje po 14 dniach, trwa z przerwami przez cały przebieg kuracji przy pewnych zmianach w poczuciu nerwowem chorego i silnych zaburzeniach ze strony serca i żołądka. Stany te zależą od konstytucjonalnych właściwości chorego oraz od siły i częstości zabiegów.

Dobrych rezultatów należy się spodziewać przy występowaniu reakcji słabej lub średniej. Silna reakcja daje wskazówkę do wielkiej ostrożności w traktowaniu chorego. Szczególnie ostrożnie należy postępować przy Polyarthritis rheumatica lenta destruens. — Arthritis simplex i A. infectiosa nie wymagają zbyt silnych zabiegów, dają się łatwo leczyć, nie wymagają zbyt wielkich ostrożności.

Brak wszelkiej reakcji jest złą przepowiednią dla leczenia, które wtedy okazać się może bezskuteczne. Nadziei jednak nie należy nigdy tracić, gdyż niejednokrotnie zaobserwowano wiele wypadków opornych, bezreakcyjnych, pozornie bez polepszenia, które jednak po dwumiesięcznych zabiegach przecież następowało.

Dla wzmocnienia działania kąpieli stosujemy wodę do picia o następującym składzie:

| | | |
|---|---|---|
| Suchej substancji . . . . | 41729.17 | mg. w litrze |
| Tlenku wapniowego . . . | 73.6 | „ „ |
| Tlenku magnowego . . . . | 4938.7 | „ „ |
| Tlenku sodowego . . . . | 8976.1 | „ „ |
| Tlenku litowego . . . . | 74.5 | „ „ |
| Bezwodnika krzemowego . . | 17.4 | „ „ |
| Bezwodnika węglowego związanego | 785.2 | „ „ |
| Bezwodnika węglowego wolnego . | 58.7 | „ „ |
| Bezwodnika siarkowego . . . | 29035.7 | „ „ |
| Chloru . . . . . . | 864.5 | „ „ |

Woda ta stosowana po 50 do 100 $cm^3$ ułatwia trawienie, podnieca wydzielanie żółci, działa lekko przeczyszczająco, usuwa fermentacje w jelitach, zmniejsza lepkość krwi, pobudza cyrkulację w naczyniach włoskowatych; zmniejsza więc ból głowy, usuwa senność po jedzeniu, uczucie chłodu w kończynach, wpływa obniżająco na ciśnienie krwi przy równoczesnem uczuciu zadowolenia z powodu należytego ukrwienia mózgu.

## BOROWINA HORYNIECKA

zawiera według Dra Henryka Ruebenbauera na 1000 g.:

| | | |
|---|---|---|
| Wilgoci . . . . . . | 232.8 | g. |
| Popiołu . . . . . . . | 243.6 | „ |
| Ciał organicznych . . . . | 523.6 | „ |

**W suchej substancji:**

| | | |
|---|---|---|
| Popiołu . . . . . . . | 317.6 | g. |
| Ciał organicznych . . . . | 682.4 | „ |

**W popiele znajdujemy:**

| | | |
|---|---|---|
| Tlenku żelazowego . . . . | 65.3 | g. |
| „ glinowego . . . . | 125.2 | „ |
| „ wapniowego . . . . | 17.2 | „ |
| „ magnowego . . . . | 4.5 | „ |
| Bezwodnika siarkowego . . . | 16.9 | „ |
| Siarki . . . . . . . | 57.8 | „ |
| Piasku . . . . . . . | 191.3 | „ |

**W ciałach organicznych znajdujemy:**

| | | |
|---|---|---|
| Żywicy . . . . . . . | 12.3 | g. |
| Ciał bituminowych . . . . | 31.9 | „ |
| „ próchnicowych . . . . | 449.2 | „ |
| Drewnika . . . . . . | 64.1 | „ |
| Błonnika . . . . . . | 89.1 | „ |

**W wyciągu wodnym znajdujemy:**

| | | |
|---|---|---|
| Ciał organicznych . . . . | 8.17 | g. |
| Popiołu . . . . . . | 1.68 | „ |
| W tem tlenu żelazowego . | 0.37 | „ |
| „ „ glinowego . . . | 0.32 | „ |
| „ „ wapniowego . . | 0.12 | „ |
| „ „ magnowego . . | 0.08 | „ |
| Stopień spróchnienia . . . . | 74.5 | „ |
| Ciężar właściwy . . . . . | 1.64 | „ |
| Pojemność dla wody . . . . | 936.0% | |
| Przewodnictwo ciepła . . . . | 0.78 | „ |
| Pojemność ciepła . . . . . | 5.6 | „ |

Borowina, używana do kąpieli, składa się ze zbutwiałych roślin; jakość jej jest więc zależna od rodzaju roślin zbutwiałych, od stopnia zbutwienia i od wpływów, jakim w czasie butwienia rośliny ulegały. Stąd możemy odróżnić trzy rodzaje borowin:

1. Borowina rodzima, stosunkowo świeża, zawierająca znaczną ilość ciał organicznych, które częściowo już przeszły proces butwienia, częściowo pozostają jeszcze w stanie roślinnym.

2. Borowina zmineralizowana, gdzie z powodu daleko posuniętej mineralizacji ustępują ciała organiczne wobec soli mineralnych.

3. Borowina solno-mineralna, gdzie w tworzeniu borowiny biorą udział także źródła mineralne, siarczane albo żelaziste. Stąd odróżniamy:

*a)* Borowinę siarczaną z dużą zawartością wolnej siarki i siarkowodoru.

*b)* Borowinę żelazistą z dużą zawartością soli żelazowych.

Borowinę dla celów kąpielowych poddaje się procesowi wietrzenia czyli utleniania. W tym celu wybiera się ją w jesieni i pozostawia przez zimę — około 7 miesięcy — w stogach, zwyczajnie pod przykryciem, choć ono nie jest konieczne.

Pokład borowiny jest zwyczajnie bagniskiem, pokrytem wodą, wskutek czego butwienie roślin odbywa się bez przystępu powietrza. W czasie tego procesu wywiązują się gazy — jak metan, bezwodnik węglowy, siarkowodór — które, ulatując w bańkach, utrzymują pokład w pewnym ruchu. Procesy butwienia są różne, zależnie od tego, czy pokład znajduje się na powierzchni, gdzie przystęp powietrza okazyjnie może mieć miejsce, czy też w głębi, gdzie przystęp powietrza jest wcale niemożliwy. Borowina z górnych warstw ma kolor jasno brunatny, jest dość luźna i wykazuje znaczną ilość części roślinnych niezmienionych; borowina z warstw głębszych jest ciężka, kleista, ciemno brunatna, nieledwie tłusta, wykazuje wprawdzie części roślinne, ale zmienione, rozklejone, rzadko spoiste.

W czasie wietrzenia borowina, pozbawiona dotychczas tlenu, wystawiona jest szeroką warstwą na działanie powietrza, utlenia się więc szybko, energicznie, wywiązując znaczne ilości ciepła. Wtedy barwa brunatna zmienia się na ciemną, prawie czarną, a zapach mdły ustępuje woni ostrej, właściwej utleniającej się borowinie, spoistość zaś zmniejsza się, staje się krucha. W borowinach rodzimych wśród resztek roślinnych i ciał organicznych spotyka się złogi węglanu żelazowego (szpatu żelazowego), wiwjanitu (fosforanu żelazowego), węglanu wapniowego często z manganem i magnem, tu i ówdzie rudę darniową ($Fe_2O_3$ 33%, FeO 2%, $Al_2O_9$ 16%, $SiO_2$ 14%, $H_2S$ 2%) i ugrę żelazną. W naturalnych, rodzimych borowinach w czasie wietrzenia tworzą się nieznaczne ilości substancyj, rozpuszczalnych we wodzie. Z organicznych ciał występuje żywica, ciała bituminowe, kwasy próchnicowe, nieco kwasu mrówkowego, octowego, amonjaku, pentozanów. Silnie zmineralizowana borowina zawiera znaczne ilości wiwjanitu i rudy darniowej. W borowinach solno-mineralnych występuje markasyt (siarczek żelaza $FeS_2$), siarczan żelazawy, siarczan wapnia i sodu, siarka. Markasyt powstaje prawdopodobnie przez redukcję — spowodowaną przez ciała organiczne — siarczanów wapnia i sodu na siarczki, które z solami żelaza wymieniają składniki. W tych borowinach markasyt w czasie wietrzenia przechodzi na siarczan żelazawy i wolny kwas siarkowy, stąd reakcja kwaśna, która w rodzimych borowinach nie występuje. Wolny kwas siarkowy rozpuszcza ze swej strony składniki nierozpuszczalne tak, że borowina zmienia obecnie swój skład zupełnie, a nawet wyjaśnia barwę, gdyż siarczany pokrywają stóg białawym nalotem.

Zwietrzałą borowinę rozdrabnia się, sieje przez sita, przerabia w mieszarkach i rękami na kąpielową masę.

Działanie borowiny jest czworakie:

1. Przekrwienie chemiczne i mechaniczne: chemiczne przez kwasy, przedewszystkiem kwas siarkowy, kwasy organiczne i substancje próchnicowe — mechaniczne przez pancerz krzemionkowy roślin, jak skrzyp, czasem przez okrzemki, niekiedy przez bardzo drobne grudki piasku.

2. Działanie ściągające, spowodowane przez sole żelaza, glinu i przez kwasy próchnicowe.

Sole żelazawe według Koberta i Trillera mają być bez znaczenia; działanie ściągające mają wywierać jedynie sole żelazowe, co wymienieni autorowie stwierdzają przy pomocy czerwonych ciałek krwi. Ciałka czerwone ze świeżej krwi barana, odwirowane i 3 razy wymyte izotonicznym rozczynem soli kuchennej, w ilości, odpowiadającej 0.1 $cm^3$ krwi, daje się do probówki i dodaje się 5 $cm^3$ izotonicznego rozczynu soli kuchennej (lub cukru gronowego). Takich probówek trzeba przyrządzić szereg. Pierwsza probówka pozostaje dla kontroli, a do następnych dodaje się coraz mniejsze ilości badanego ciała. Zawartość probówki miesza się przez jednorazowe przechylenie i pozostawia się w zwykłej temperaturze. W probówce drugiej, która zawiera największą ilość ciała badanego, następuje już w pierwszych sekundach zbicie się ciałek czerwonych w grudki, które opadają szybko na dno i dają się odsączyć, a w przesączu można wykazać jeszcze nadmiar ciała badanego. W probówce trzeciej i następnych zbijanie się krwi nie następuje tak szybko. Jeżeli jednak w przesączu z ostatniej probówki daje się wykazać badane ciało, w takim razie trzeba nastawić nowy szereg probówek z dawkami odpowiednio zmniejszonemi, aż się dojdzie do prób, które dopiero po upływie 6 do 24 godzin wydzielają strąt i tworzą bezbarwny przesącz. Nierzadko wydają się osady zupełnie skoagulowane, ale tylko zawartość np. pierwszej i drugiej daje się klarownie odsączyć, inne przy przesączeniu przez sączek ilościowy tworzą płyny mętne, a ciałka czerwone przechodzą do rozczynu. Działanie kończy się więc w tym wypadku na probówce drugiej, co bierze się za podstawę rachunku.

Działanie glinu jest tak silne, że

| | | |
|---|---|---|
| ałun . . . . . | zbija czerwone ciałka krwi w stosunku | 1 : 25.000 |
| siarczan glinowy . . . | „ „ „ „ „ | 1 : 100.000 |
| octan glinowy . . . | „ „ „ „ „ | 1 : 200.000 |

Trzecim czynnikiem ściągającym są kwasy próchnicowe. Wprawdzie Bauman i Gully oraz Winckel twierdzą, że kwasy próchnicowe nie są kwasami, a zachowują się jak ciała kolloidalne, udało się jednak w ostatnich czasach wydzielić szereg substancyj o charakterze stanowczo kwaśnym, a zachowujące się jak trójzasadowe kwasy. Kobert i Triller zdołali też wykazać ich silne własności ściągające.

3. Działanie termiczne.

Borowina jest złym przewodnikiem ciepła i to jest jej najważniejszą własnością, gdyż zachowuje wskutek tego jednostajną temperaturę przez cały czas kąpieli. Z tego też powodu podaje się kąpiele borowinowe nieco cieplejsze, aniżeli wodne. Własność tę powodują resztki roślinne, występujące w borowinie. Przy badaniu borowiny ważną rzeczą jest tedy oznaczyć przewodnictwo i pojemność ciepła.

4. Działanie mechaniczno uciskowe.

Przy zanurzaniu się w kąpieli borowinowej odczuwa się silne parcie od dołu, które utrudnia zagłębienie się w płynie. To parcie zależne jest od wysokiego ciężaru właściwego i własności kolloidalnych kwasów próchnicowych. Kiedy ciało zanurzone jest w kąpieli, następuje uczucie ucisku, wzrastającego czasem aż do uczucia duszności. Ucisk ten przyśpiesza obieg krwi w zapalnych tkankach, który przeciska krew przez naczynia włoskowate i żyły, soki miąższowe przez kanaliki i przewody limfatyczne i powoduje przeciwdziałanie prądu tętniczego.

**Skład borowiny horynieckiej** jest niezaprzeczenie **pierwszorzędny.** Borowinę stosuje się nietylko do kąpieli, ale także w postaci okładów, które są bardzo lubiane i pożądane przez chorych.

MASAŻE. Dla uzupełnienia kuracji stosuje się w Horyńcu masaże, które, jak zawsze, tak i tutaj, wykonywane bywają w 5 formach, jako głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, klepanie i wstrząsy. Głaskanie działa bardziej na żyły i na naczynia limfatyczne, aniżeli na tętnice, i ma na celu żyły opróżnić i oczyścić. Jest to więc działanie antiflogistyczne i pobudzające resorbcję, a że przytem następuje szybsza wymiana soków, więc głaskanie działa dla danego organu odżywczo i odnawiająco.

Rozcieranie ma na celu rozdrobnienie i zluźnienie produktów choroby i przesunięcie ich na dalszy plan; drugiem zadaniem jest usunięcie zrostów i zlepów.

Ugniatanie powoduje silniejszą kurczliwość mięśni i wzmacnia ich funkcję, a więc przyczynia się do ich odżywienia i sprawności.

Klepanie powoduje silniejsze ukrwienie tkanki, szybszą cyrkulację soków, a więc polepsza stan i siłę mięśni.

Wstrząsy powodują silniejszy ruch nerwów i zwiększają ich pobudliwość.

Drukarnia Zakładu Nar. im. Ossolińskich.

wśródskórnie do ustroju pojawia się wyłącznie w przypadkach wrzodu miękkiego — nie powstaje natomiast w następstwie wstrzykiwań domięśniowych, dożylnych, lub w następstwie podawania drogą doustną, szczepionki *Dmelcos*. Wartość odczynu wśródskórnego jest bardzo znaczna. Odczyn występuje wybitnie prawie we wszystkich przypadkach wrzodu miękkiego z wyjątkiem kilka dni trwających świeżych wrzodów miękkich. Brak dodatnich odczynów stwierdziliśmy w 4% badanych dłużej trwających wrzodów miękkich. (Leczono 20 przypadków wrzodów miękkich z powikłaniami). Nicolau i Banciu stwierdzili brak odczynu w 5.65% badanych przypadków wrzodów miękkich. Ustrój w tych przypadkach nie był w stanie odpowiedzieć na zakażenie wytworzeniem swoistego stanu przewrażliwości.

Wybitny odczyn śródskórny posiada jeszcze znaczenie prognostyczne. Te przypadki wrzodów miękkich, w których przewrażliwość na stosowane doskórnie szczepionki występuje wybitnie w postaci wyraźnie dodatniego odczynu, leczą się lepiej i szybciej też się zabliźniają pod wpływem swoistego leczenia szczepionką.

### *II. Leczenie szczepionkami wrzodów miękkich.*

Leczenie szczepionką z pałeczek Ducrey'a wrzodów miękkich drogą wstrzykiwań dożylnych zaproponowanych przez Nicolle'a, zapoczątkowało sposób leczenia szybki i niezmiernie dla chorego korzystny. Już wybitnie dodatnie odczyny śródskórne po wprowadzeniu szczepionki *„Dmelcos"* mogą wpłynąć korzystnie na proces leczenia wrzodów miękkich. Właściwym jednak sposobem leczenia szczepionkami jest droga dożylna. Nawet bez miejscowego leczenia można stwierdzić poprawę i ustępowanie wrzodów miękkich, a przedewszystkiem ich powikłań, jak n. p. zapaleń ropnych gruczołów chłonnych. Zazwyczaj jednakże, zwłaszcza przy niekorzystnem umiejscowieniu wrzodów miękkich (odbytnica), należy równocześnie stosować leczenie miejscowe.

Szczepionkę *„Dmelcos"* stosowaliśmy w celach leczniczych prawie że wyłącznie drogą dożylną, rozpoczynając zazwyczaj od 1 $cm^3$, t. j. 225 mil. pałeczek, dochodząc stopniowo do 3 $cm^3$. U kobiet rozpoczynaliśmy dawką $^1/_3$ zawartości ampułki. Kilkakrotnie stosowaliśmy wstrzykiwania śródmięśniowe, przyczem występowały objawy ogólne mniej wybitne.

Pojawiające się po wstrzykiwaniach dożylnych szczepionki *„Dmelcos"* objawy ogólne były zazwyczaj bardzo wybitne, i to nawet po dawkach zmniejszonych ($^1/_3$ $cm^3$). Ciepłota pojawiała się już po upływie 2 godzin, dochodząc przeciętnie do 39 — 40.2° C, trwając 10 — 16, 18 — 20 godzin. Podniesienie ciepłoty poprzedzał napad dreszczów, trwający około $^1/_2$ godziny — w czasie odczynu występowały bóle głowy, a przy końcu napadu i poty. Nasilenie odczynów występowało najwybitniej po pierwszych wstrzykiwaniach; następne już odczyny były słabsze. Wstrzykiwania powtarzaliśmy co 3 dni.

Objawów niekorzystnych, jakie spostrzegali inni autorowie, jak białkomoczu i krwiomoczu, długotrwałych podniesień ciepłoty i t. p. nie spostrzegaliśmy, mimo że wykonaliśmy około 500 wstrzykiwań dożylnych (licząc i chorych kiłowych).

Wyniki lecznicze szczepionką *„Dmelcos"* były naogół bardzo dobre, a nawet znakomite w przypadkach ropnych zapaleń gruczołów chłonnych. Z dotychczasowych sposobów i środków leczenia powikłań wrzodu miękkiego, jak n. p. zmian zapalnych swoistych w naczyniach i gruczołach chłonnych żaden nie prowadził tak szybko i tak skutecznie do ustąpienia tych zmian — tak, że leczenie szczepionką *„Dmelcos"* tych powikłań, — należy uważać za metodę wybiórczą. O szybkości i skuteczności działania tego sposobu leczenia świadczy przypadek, przyjęty do leczenia klinicznego w dniu 20. VI. 1930 z objawami wrzodu miękiego i ropnego zapalenia gruczołów chłonnych prawych pachwinowych. Wobec objawów wybitnego chełbotania wykonano nacięcie zropiałego częściowo gruczołu i wstrzyknięto dożylnie 1 $cm^3$ szczepionki *„Dmelcos"*. Dnia 26. VI. tegoż roku mógł już chory opuścić klinikę jako zupełnie wyleczony z wessanym naciekiem zapalnym w gruczole i zabliźnioną raną pooperacyjną, mimo że otrzymał dożylnie tylko 3 wstrzyknięcia szczepionki *„Dmelcos"*.

Stosując szczepionkę *„Dmelcos"* w leczeniu powikłań wrzodu miękkiego, zazwyczaj po 4 — 5 wstrzykiwaniach uzyskiwaliśmy ustępowanie nacieków zapalnych w gruczołach tak, że więcej jak 5 wstrzykiwań nie potrzebowaliśmy wykonywać w żadnym przypadku. Wstrzykiwaniami dożylnemi możemy również zapobiegać powstawaniu zmian swoistych zapalnych w gruczołach chłonnych.

Wrzody miękkie nie ustępują tak szybko wśród leczenia szczepionką, a zdania wielu autorów różnią się znacznie od siebie pod tym względem. Naogół były nasze wyniki dobre, jednak stosowaliśmy obok leczenia swoistego i leczenie miejscowe. Wybitnie korzystny był wpływ leczenia szczepionkami wrzodu miękkiego pełzającego, trwającego 4 tygodnie; po drugiem już wstrzyknięciu zatrzymywał się proces chorobowy w miejscu, a po piątem nastąpiło zupełnie zabliźnienie owrzodzenia. Najkorzystniejsze i najszybsze wyniki lecznicze spostrzegaliśmy u chorych, u których występował odczyn poszczepionkowy wybitnie, a ciepłota podnosiła się po każdem wstrzyknięciu do 40° C.

Korzystne działanie szczepionki *„Dmelcos"* w leczeniu wrzodów miękkich i ich powikłań polega nietylko na pojawieniu się swoistych zjawisk, jak n. p. na zwiększeniu się ciał odpornościowych w ustroju, ale również na zjawiskach nieswoistych, jak n.p. na wstrząsie pobiałkowym i na wysokiej ciepłocie. Mimo, że niektórzy autorowie (Cacioppo) ograniczają stosowanie szczepionki *„Dmelcos"* tylko do przypadków rozpoczynających się stanów zapalnych gruczołów chłonnych, a to ze względu na niepewne ich zdaniem wyniki lecznicze w przebiegu zwykłych wrzodów miękkich i na niebezpieczeństwo, na które są narażeni chorzy (przytaczają między innemi i wypadek śmierci wśród leczenia szczepionkami pał. Ducrey'owskich) jak również i ze względu na konieczność leczenia wyłącznie szpitalnego, przeważająca większość autorów uznaje doniosłość wyników leczenia szczepionką *„Dmelcos"* zwłaszcza w przypadkach powikłań wrzodów miękkich, co również i nasze skromne co do liczby wyniki w zupełności potwierdzają. Dawkując odpowiednio i obserwując chorego w czasie leczenia, można uniknąć tych niekorzystnych objawów i następstw. Wprawdzie najkorzystniejsze jest leczenie szczepionkami *„Dmelcos"* chorego, pozostającego w naszej stałej obserwacji, jednak i leczenie ambulatoryjne można spokojnie przeprowadzić, pouczając chorego o objawach odczynowych i wszelkich możliwościach związanych z tym sposobem leczenia.

### *III. Szczepionka „Dmelcos" w leczeniu dopełniającem kiły.*

Rozmaita jest właściwość ustroju ludzkiego w oddziaływaniu na czynniki chorobowe w postaci krętka bladego w czasie leczenia dotychczasowemi środkami przeciwkiłowemi. Zdolność oddziaływania ustroju na jad kiłowy jest swoiście ukształtowana dla każdego ustroju i indywidualne również będą zdolności obronne, zdolności niszczenia krętka. Od współdziałania ustroju zależeć będzie rozwój choroby i jej wyleczenie. Nasze zadanie powinno polegać na pomaganiu ustrojowi w zwalczaniu choroby, wzmacniając nasze sposoby leczenia. Do celów tych służyć nam może nieswoiste leczenie bodźcowe, kiedy dziś jeszcze dalecy jesteśmy od ideału leczenia uodparniającego. Zadaniem więc leczenia nieswoistego, leczenia dopełniającego, będzie wzmożenie czynności biochemicznej komórki i pobudzenie ustroju do czynności obronnych.

Stosując od szeregu lat w leczeniu kiły, zwłaszcza w przypadkach opornych na leczenie (Fr. Walter: O znaczeniu leczenia dopełniającego w kile. Przegl. Dermatol. Nr. 4. 1929), leczenie dopełniające, posługujemy się rozmaitemi sposobami. Do tych celów staraliśmy się również wykorzystać gwałtowny odczyn ustroju, występujący po wstrzykiwaniach dożylnych szczepionki *„Dmelcos"*. W ten sposób leczyliśmy 40 przypadków kiły (2 przypadki zmian pierwszorzędnych, 23 przypadki kiły drugorzędnej, 4 kiły trzeciorzędnej, 9 przypadków kiły utajonej, 1 przyp. kiły wrodzonej i 1 przyp. kiły ośrodkowego układu nerwowego) bez chorobowych zmian w płynie mózgowo - rdzeniowym, jednak ze stale i uporczywie utrzymującym się dodatnim odczynem B. Wassermanna we krwi. Pojedyńcze dawki od 225 mil. bakteryj do 675 mil. wstrzykiwaliśmy dożylnie w odstępach 2 — 4 dniowych, stosując na drugi dzień po wstrzyknięciu szczepionki bizmut lub arsenobenzol. Podniesienie ciepłoty, poprzedzane często napadem dreszczów, występowało w kilka godzin po wstrzyknięciu; ciepłota dochodziła do 40° C i trwała przeciętnie przez kilkanaście godzin; niekorzystnych objawów ubocznych nie spostrzegaliśmy. Chorzy znosili wstrzykiwania bardzo dobrze (8 — 10 wstrzyknięć) tylko z końcem leczenia stwierdzano spadek wagi od 2 — 4 kg. We wszystkich wypadkach odczyny serologiczne we krwi były ujemne po skończeniu leczenia.

Pojawiający się wybitny odczyn ogólny po szczepionce *„Dmelcos"* zużytkowaliśmy do celów prowokacyjnych w przebiegu zimnicy szczepionej u chorych kiłowych. Znane jest zjawisko wygasania lub przygasania ataków zimnicy pojawiające się po kilku pierwszych napadach; istnieją różne sposoby wywoływania zpowrotem napadów zimnicy. Do tych celów używaliśmy (oprócz wstrzykiwań domięśniowych Propidonu fabr. Spiess) szczepionki *„Dmelcos"* — osiągając korzystne wyniki. Już po pierwszych wstrzyknięciach pojawiały się pożądane napady zimnicy, które nadal się utrzymywały. Jednakże w tych przypadkach, w których zimnica zupełnie wygasła i napady nie występowały, kończyliśmy

leczenie wstrzykiwaniem szczepionki *„Dmelcos“* — naśladując przez wywołanie objawów ogólnych a przedewszystkiem wysokiej temperatury, charakter napadu przypominający trzeciaczkę szczepioną. W ten sposób staraliśmy się przez zwiększoną ilość napadów — doprowadzić leczenie do zamierzonego celu.

### *III. Acetylarsan.*

Przetwory arsenobenzolowe, bez których nie możemy sobie wyobrazić racjonalnego leczenia i zwalczania kiły, mają już swe należne stanowisko w szeregu środków przeciwkiłowych tak, że zbyteczne napozór wydawałyby się poszukiwania nowych podobnych do arsenobenzolu przetworów. A jednak pracownie chemiczne produkują nowe przetwory arsenobenzolowe, które częściowo i w pewnych warunkach znajdują zastosowanie w leczeniu kiły. Niejednokrotnie bowiem trudności techniczne wynikające z konieczności dożylnego stosowania arsenobenzolu, a przedewszystkiem niekorzystne uboczne objawy a nawet poważne toksyczne uszkodzenia poarsenobenzolowe skłaniają nas do zastosowania w leczeniu dalszem innego preparatu arsenowego. Wszelkie nowoczesne preparaty arsenowe pomimo niekiedy dobrego działania leczniczego nie usuną w zupełności arsenobenzolu z lecznictwa. Ten bowiem w przeważającej ilości przypadków jest nie do zastąpienia. Zakłady chemiczne Spiess i Syn w Warszawie wprowadziły do lecznictwa przeciwkiłowego preparat stosowany szeroko we Francji pod nazwą „Acetylarsan“ zawierający 5-wartościowy arsen o formule chemicznej para — oksy — meta — acetylo — amino — fenylo — arsynian dwu — etylo — aminu. 1 $cm^3$ Acetylarsanu zawiera 0.05 g arsenu metalicznego — dawka dla dzieci zawiera w tem 0.02 arsenu metalicznego. Acetylarsan stosuje się w postaci domięśniowych i podskórnych wstrzykiwań w odstępach 3 dniowych w ilości 1 ampułki zawierającej 3% roztwór acetylarsanu dla dorosłych. Dla dzieci ampułkę o pojemności 2 $cm^3$. Wydzielanie się acetylarsanu w ustroju odbywa się z moczem i trwa przez 24 — 36 godzin. W krótki czas po wstrzyknięciu występuje obfite i szybkie wydzielanie się arsenu, poczem w końcowych okresach ilość wydzielanego arsenu się zmniejsza.

Acetylarsan stosowaliśmy w klinice dermatol. U. J. tak u chorych pozostających stale w leczeniu klinicznem, jak i u chorych leczonych ambulatoryjnie.

Leczono acetylarsanem przypadków kiły pierwszorzędnej 2, drugorzędnej 10, trzeciorzędnej 5, kiły utajonej 13, wrodzonej 1 — łącznie 31. Przeciętnie stosowaliśmy 16 wstrzykiwań, kierując się przedewszystkiem zachowaniem się odczynów serologicznych. Ubocznych objawów w miejscu wstrzyknięcia nie stwierdziliśmy, nieznaczny ból występujący po wstrzyknięciu ustępował wkrótce, również nie spostrzegaliśmy objawów ogólnych w postaci bólów głowy, nudności, wymiotów i biegunek. Również nie występowało podniesienie się ciepłoty po wstrzykiwaniach, niekiedy tylko ciepłota podnosiła się do 37.1° C. W żadnym przypadku nie stwierdzaliśmy występowania białkomoczu po leczeniu acetylarsanem, natomiast prawie zawsze stwierdzaliśmy wzmożenie się urobilonogenu w moczu, o wiele częściej niż po wstrzykiwaniach arsenobenzolu. Tłumaczyłoby się to spostrzeżeniami Thorala, który stwierdził wyraźnie zaznaczone własności hepatotropowe acetylarsanu. Wpływ acetylarsanu na zmiany kiłowe pierwszorzędne i drugorzędne wczesne był dobry, natomiast zmiany drugorzędne nawrotowe ustępowały powoli. I tak n. p. w przypadku kiły nawrotowej *L. pap. corymbiformis* po 8 wstrzyknięciach acetylarsanu nastąpiło wessanie się środkowych wykwitów podczas gdy wykwity obwodowe utrzymywały się nadal. Zmiany III.-rzędne ustępowały szybko, już po 4 wstrzyknięciach następowało zabliźnienie się kilaków. Nawrotów kiły po leczeniu acetylarsanem nie spostrzegaliśmy, jednak zauważyć musimy, że stosowaliśmy leczenie acetylarsanem łącznie z leczeniem bizmutowem. Według spostrzeżeń Grzybowskiego z kliniki dermatol. U. W., wpływ leczenia acetylarsanem na zmianę odczynów serologicznych jest słaby. W naszych przypadkach dodatnie odczyny serologiczne zmieniały się na ujemne powoli, jednakowoż rozporządzamy spostrzeżeniami korzystnego wpływu acetylarsanu na odczyn serolog. Bordet — Wassermanna. I tak w przypadku kiły utajonej datującej się od 6 lat leczenie energiczne arsenobenzolem i bizmutem nie doprowadziło do zmiany odczynu B. W. na ujemny, natomiast 2-krotne leczenie acetylarsanem (16 wstrzyknięć + *Bi* + *Hg. cin)* zmieniło dodatni odczyn na ujemny. Również i w innych przypadkach dodatnich odczynów serologicznych następowała po leczeniu acetylarsanem zmiana na ujemne i to tem szybciej im krócej trwała kiła. W przypadku kiły II-rzędnej późnej z objawami białkomoczu dodatni odczyn serologiczny B. W. zmienił się na ujemny po 4 wstrzyknięciach, podczas gdy odczyn Sachsa - Georgi'ego pozostawał jeszcze słabo dodatni. W każdym razie możemy stwierdzić, że wpływ korzystny na zmiany serologiczne odczynów w czasie leczenia acetylarsanem da się wyraźnie stwierdzić.

Zasadniczo stosujemy leczenie acetylarsanem w łączności z leczeniem bizmutowem, uważając acetylarsan za jeden z najkorzystniej działających preparatów arsenowych z wykluczeniem arsenobenzolu. Wpływ na zmiany chorobowe, a nawet na odczyny serologiczne jest dobry, nawrotów nie spostrzegaliśmy. Inna rzecz, że obserwacja chorych kiłowych w klinice stałej lub ambulatorjum znajduje się w warunkach niekorzystnych. Chorzy bowiem nie zgłaszają się do kontroli. Jednakowoż z doświadczenia wiedząc, że nawrót choroby leczonych w naszej klinice chorych zmusza do szukania pomocy u nas, możemy wnioskować, że ci chorzy pozostali wolni od nawrotów choroby.

Pomimo, że naczelne miejsce wśród leczenia kiły zajmować musi nadal i arsenobenzol, to jednak istnieć będą zawsze wskazania zmuszające nas do zastosowania acetylarsanu w leczeniu kiły.

Jednem ze wskazań będą techniczne trudności dożylnego wstrzykiwania arsenobenzolu; w tych wypadkach leczenie możemy przeprowadzić wstrzykiwaniami podskórnemi lub domięśniowemi acetylarsanu. Następnem wskazaniem będzie ciężki stan chorego, zwłaszcza w przebiegu kiły narządów wewnętrznych, kiedy obawiać się słusznie możemy wystąpienia ubocznych, niekorzystnych objawów po zastosowaniu arsenobenzolu. I tak w jednym przypadku *lues visceralis* i 2 przypadkach zapaleń nerek *glomerulo - nephritis)* uważaliśmy za wskazane przeprowadzić leczenie acetylarsanem. Stan narządów wewnętrznych w czasie leczenia zwłaszcza nerek, nie uległ pogorszeniu, a nawet ilość białka w moczu zmniejszała się znacznie. Trzeciem i najobszerniejszem wskazaniem stosowania acetylarsanu zamiast arsenobenzolu są przypadki nietolerancji tego ostatniego przetworu. Niekorzystne objawy uboczne, jak n. p. długotrwałe i groźne wstrząsy azotynowe żółtaczne, długotrwałe bóle głowy i podniesienie się ciepłoty, a przedewszystkiem objawy toksyczne w postaci rumieni i zapaleń skóry, będą wskazaniami do zastosowania acetylarsanu. To też wymienione powikłania poarsenobenzolowe, zgodnie ze zdaniem wielu autorów między innemi Grzybowskiego zmuszają nas do zastosowania acetylarsanu. Występowanie objawów toksycznych w postaci osutek lub zapaleń skóry, o których wspomina Grzybowski, po zastosowaniu acetylarsanu spostrzegliśmy w jednym tylko leczonym przez nas wypadku. Zwłaszcza dzieci znoszą leczenie acetylarsanem doskonale. Acetylarsan zaliczyć możemy do dobrych i potrzebnych środków przeciwkiłowych; wprawdzie nie będzie mógł on zastąpić w zupełności arsenobenzolu, który przecież za sobą ma już okres przeszło 20-letniego stosowania, jednakże musimy go zaliczyć do swoistych i korzystnie działających środków przeciwkiłowych.

Przedewszystkiem wybitne i korzystne jego działanie okazuje się w przypadkach nietolerancji arsenobenzolu i niebezpieczeństwa, zagrażającego zdrowiu i życiu chorego po dalszem jego stosowaniu, dalej w przypadkach, w których wskazana jest ostrożność w stosowaniu arsenobenzolu, wreszcie w przypadkach trudności technicznych stosowania arsenobenzolu, braku lub cienkości żył.

Wysoka zawartość arsenu w acetylarsanie w każdym razie zmusza nas do bacznej i ścisłej obserwacji chorego i ostrożności w czasie leczenia tym przetworem.

---

## FEJLETON.

Doc. Dr. E. ARTWIŃSKI. Kraków.

### O chorobie i uleczeniu Teresy Neumann z Konnersreuth na podstawie książki Ks. Pawła Siwka T. J. „Konnersreuth w świetle nauki i religji“ [1])

G. K. Chesterton powiada w jednej ze swoich nowel przez usta księdza Browna: „Wierzę w cuda. Wierzę również w to, że są tygrysy pożerające ludzi, ale nie wyobrażam sobie, że wszędzie je widzę. Jeżeli chcę cudów to wiem, gdzie mam ich szukać“. I dalej mówi Chesterton: „Kłamstwem można się, być może przysłużyć religji, jestem jednak pewien, że nie można się niem przysłużyć Bogu“.

Te powiedzenia głęboko wierzącego Chestertona niech posłużą jako motto do mojego sprawozdania.

Można bez przesady powiedzieć, że Teresa Neumann z Konnersreuth potrafiła zwrócić na siebie uwagę całego świata cywilizowanego. Prasa codzienna nie przestaje się nią zajmować,

---

[1]) Kraków. 1931. Wydawnictwo Księży Jezuitów.

wychodzą nawet specjalne pisma jej poświęcone, osoba jej jest tematem ostrych polemik dziennikarskich za i przeciw niej. Poświęcono jej szereg dzieł naukowych. Piszą o niej teologowie, filolodzy i lekarze. Musi ona być zjawiskiem naprawdę wyjątkowem, jeżeli biedna służąca z zapadłej wsi bawarskiej potrafiła wzbudzić osobą swoją tak żywy ruch umysłowy. O Teresie Neumann napisano już wiele tomów poważnych prac badawczych — ale jak dotychczas nie zdołano jeszcze tego zagadkowego zjawiska ostatecznie rozwiązać. Ukazała się ostatnio w języku polskim praca X. Pawła Siwka, prof. psychol. instytutu gregorjańskiego i prof. na wydziale fil. 00. Jezuitów w Krakowie. Ks. prof. Siwek w pracy swojej przedstawił wyniki własnych badań, oraz objektywnie i krytycznie omówił prace innych badaczy. Dla wszystkich interesujących się życiem Teresy Neumann ks. prof. Siwek jest znakomitym i bardzo ostrożnym przewodnikiem.

W życiu Teresy Neumann choroba odegrała tak wielką rolę, że chociażby z tego już względu budzi ona w świecie lekarskim podwójne zainteresowanie, ogólno-ludzkie i zawodowe. Postaram się tutaj w krótkiem streszczeniu przedstawić tok myśli ks. prof. Siwka.

Teresa Neumann przyszła na świat 9. IV. 1898 r. jako dziecko ubogich bawarskich wieśniaków. Rodzice jej cieszą się opinją rzetelnych, prawych, praktycznych i prawdziwie religijnych ludzi. Z dziesięciorga rodzeństwa Teresa jest najstarszą. Wychowana była w atmosferze głębokiego kultu dla religji katolickiej. W pierwszych latach życia miała być dzieckiem niespokojnem i drażliwem, co rodzice jej przypisują robakom. Rozwijała się umysłowo i fizycznie zupełnie prawidłowo. Jako mała dziewczynka zdradzała już wybitne zamiłowanie do książek o treści religijnej, czytywała ich dużo. Była dzieckiem bardzo wrażliwem, a opowiadania o męce Pańskiej pobudzały ją do płaczu. W 1914 r. po ukończeniu miejscowej szkoły ludowej idzie na służbę do jednego z bogatszych gospodarzy we wsi. Z powodu braku sił męskich (mężczyźni odeszli już na front) musi wykonywać ciężkie prace fizyczne, które musiały być ponad jej siły, ale mimo ciężkich warunków życia potrafi zachować pogodne usposobienie. Pozostała jej jednak silna wrażliwość, bo „brzydki czas" odejmuje jej humor i mąci wesołość. W ciężkiej pracy fizycznej upływa jej życie — a marzeniem jej jest wstąpić do jakiegoś zakonu misyjnego i nawracać „czarnych" na wiarę Chrystusową.

Ten spokojny i pracowity bieg jej życia zostaje nagle i niespodziewanie złamany.

W marcu 1918 r. wybuchł we wsi rodzinnej silny pożar, który zagroził i domowi jej chlebodawcy. Celem zabezpieczenia domu od ognia, z porady Teresy Neumann gospodarz wspina się na dach, aby z góry wydatniej móc zlewać zagrożony ogniem dom. Pozostali członkowie rodziny na dole napełniają wiadra wodą, a zadaniem Teresy było naczynia już napełnione podawać stojącemu na dachu gospodarzowi. Z wielkiem zmęczeniem i zdenerwowaniem pracuje tak przeszło dwie godziny. Chlebodawca jej, znużony ciągłem schylaniem i zaniepokojony możliwością pożaru, czyni wyrzuty Teresie, że „nie chce" się jej dość wysoko unosić wiader. Teresa, wyczerpana i głodna, bo pracuje na czczo, dobywając już resztek swoich sił, odpowiada mu jednostajnie: „Robię, co mogę". Po dwugodzinnej przeszło pracy opuszczają ją nagle siły, z przemęczonej ręki wypada wiadro, a przez krzyże przenika silny ból. Zachwiała się i zatoczyła, lecz nie upadła — bo zdążyła jeszcze oprzeć się o ścianę budynku — i odczuła, że nogi jej były jakby „zaspane". Chciała wejść do swego pokoju na górce, ale nogi odmówiły jej posłuszeństwa przy wchodzeniu na schody. Mimo to idzie do obory, aby nakarmić głodne zwierzęta, próbuje nachylić się do koszyka z paszą, ale czuje, że nie może pochylać się, ani unieść pustego nawet koszyka z ziemi. Odczuwa śmiertelne zmęczenie i za wszelką cenę pragnie wypoczynku. Nie mogąc wejść po schodach, wraca do domu swoich rodziców krokiem niepewnym, przygarbiona i pochylona ku stronie lewej. Po kilku godzinach wypoczynku zmęczenie minęło — wstaje więc z łóżka i wraca do swoich chlebodawców. Nie czuje się jednak dobrze, męczą ją bóle w krzyżach i w pasie, brak czucia w brzuchu, niemożność pobierania pokarmów, gdyż dręczą ją uporczywe wymioty, chodzi niepewnie i pochylona ku stronie lewej; chudnie znacznie. Kładzie się do łóżka, ale kilkudniowy wypoczynek nie przynosi jej ulgi. Nie może już fizycznie pracować tak ciężko, jak dawniej i musi ograniczyć się do spełniania lżejszych robót. Gospodarz gromi ją za jej rzekome „lenistwo", a po wsi rozchodzą się o niej złośliwe plotki. Stan taki trwa do kwietnia. W kwietniu, kiedy cała wieś staje do wiosennych robót w polu, zamierza i ona wrócić do swoich dawnych gospodarskich zajęć. Schodzi do piwnicy i próbuje wynieść worek z ziemniakami, ważący około 50 funtów niemieckich. Zarzuca go na ramię i wstępuje na schody piwnicy. Kiedy weszła na trzeci, czy czwarty stopień zachwiały się pod nią nogi tak silnie, że upadła w tył do piwnicy, uderzając głową o kamienny stopień. Niezdolna jest podnieść się o własnych siłach i dopiero siostra, która nie mogąc się jej doczekać wchodzi do piwnicy, znajduje ją tam, leżącą z głową skrwawioną. Pomaga jej podnieść się i wyprowadza ją na dwór. Po wyjściu z piwnicy Teresa uskarża się na silny ból głowy i oczu, zdaje się jej, że oczy „nazewnątrz wypłyną". Chlebodawca widząc ją w tym stanie zwalnia ją od cięższych robót w polu, poleca jej zostać w domu i rżnąć słomę, ale ona i do tego nie czuje się już zdolną — wraca przeto do domu matki swojej i znowu kładzie się do łóżka na dwa tygodnie. W tym czasie do dawnych dolegliwości dołącza się jeszcze niemożność dowolnego oddawania moczu i kału. Po jakimś czasie ból głowy i oczu nieco zmalał, ale nie czuła się zdolną do cięższej pracy, a i usposobienie jej bardzo się zmieniło. Z pogodnej i wesołej stała się ponurą i drażliwą tak, że nawet dla rodziny swojej jest „nieznośną". Wreszcie rodzice, zaniepokojeni jej złym stanem zdrowia, przewieźli ją w dniu 23. IV. 1918 do szpitala w pobliskiem Waldsassen. Jednak umieszczona w szpitalu nie czuje się lepiej, a nawet wyraźnie gorzej. Z lada powodu dostaje gwałtownych ataków. W atakach tych najpierw zaczynają drgać palce, następnie kurczyć się, a potem zaczyna drżeć na całem ciele, sztywnieje, wypręża się i rzuca w podskokach. Ataków nie można uspokoić bromem ani morfiną. W szpitalu przestaje miesiączkować i nie miesiączkuje już stale. Brakiem ufności do lekarza tłumaczy Teresa to, że przemilczała przed nim o swoich dolegliwościach pęcherza i odbytnicy.

Wobec wyraźnego pogorszenia, jakie wystąpiło w czasie pobytu w szpitalu, rodzice zabierają ją zpowrotem do siebie. Po powrocie do domu rodzinnego próbuje zabrać się do lekkiej pracy, lecz i to się jej nie udaje. Często przy najdrobniejszym nawet wysiłku fizycznym traci równowagę i pada na ziemię, uderzając głową o posadzkę. Upadkom towarzyszą zawsze gwałtowne kurcze, utrata przytomności i niemożność podniesienia się o własnych siłach. Zdarza się też, że w takim stanie pozostaje na ziemi długi czas. Każde silniejsze uderzenie głową odbija się na jej wzroku. Najpierw odczuwa trudność przy czytaniu, następnie występuje migotanie świetlne i czarne punkty w polu widzenia, a wkrótce nie mogła już rozróżniać rysów ludzkich, zczasem nawet i konturów. Wreszcie w marcu 1919 r. po powrocie do przytomności z kilkudniowego ataku spazmów, spowodowanych upadkiem na ziemię z wysokości 60 cm utraciła wzrok. Zupełnie ciemna pozostaje już stale w łóżku. Rodzice pocieszają ją, że i to minie, jak mijają ataki. Jednak ślepota trwa dalej. Na oku lewem występuje tak znaczne przytępienie czucia, że może bez trudności dotykać rogówki. Rodzice przerażeni nieustępującą ślepotą wzywają lekarza, ale niestety zbadanie oczu jest niemożliwe, bo z chwilą zbliżenia się lekarza Teresa dostaje swego ataku, a lekarz musi odejść z niczem. W tym samym okresie czasu zauważano u niej znieczulenie lewej połowy ciała, do czego dołącza się wkrótce lewostronna głuchota, a przez jakieś dwa tygodnie miała nie słyszeć również i na ucho prawe. Rodziców swoich rozpoznaje po dotyku ich rąk, nie znosi natomiast dotyku rąk ludzi obcych. Występuje również niedowład ręki lewej, w chwili kiedy wychyliła się z łóżka, aby nakarmić lewą ręką gołębia, który był jej rozrywką w chorobie. Porażenie ręki lewej utrzymuje się przez trzy miesiące. Leczenie elektrycznością nie dało pożądanego wyniku. Po trzech miesiącach porażenie ręki ustąpiło równie nagle, jak i przyszło.

W grudniu 1922 r. dowiedziała się Teresa, że pewien słuchacz teologji zachorował tak ciężko na gardło, że wskutek tego nie będzie już mógł najprawdopodobniej dalej studjować. Tak się tem przejęła, że zaczęła gorliwie prosić Boga o uleczenie biednego kleryka z jego choroby, a przeniesienie jej na nią. Istotnie w jakiś czas potem kleryk zdrowieje, a ona zaczyna odczuwać bardzo silne bóle gardła, a z czasem nawet w plwocinie pokazuje się krew. Do bólu gardła dołączają się ataki duszności, oraz znaczne trudności w przełykaniu pokarmów stałych. Po próbach przełknięcia ciał stałych występuje natychmiast duszność i wymioty. Z czasem trudności w połykaniu powiększają się tak silnie, że nawet i połykanie płynów sprawia jej znaczne trudności, z powodu których od r. 1923 ilość pobieranego przez nią pożywienia ogranicza się do paru łyżek jakiegoś napoju. Mimo tego dosłownie głodowania, waga jej ciała utrzymuje się mniejwięcej na tej samej wysokości (około 110 funtów niem.).

Od października 1918 r. tworzą się na ciele Teresy liczne czyraki. Męczą ją również częste ataki gwałtownego kaszlu. Życie jej było nieprzerwanem pasmem zmieniających się dolegliwości. Nieraz nietylko sama chora, ale i jej otoczenie było pewne, że życie jej dobiega już kresu i kilka razy była zaopatrywana przez swego ks. proboszcza na drogę wieczności. Z całego otoczenia

jedynie ojciec jej, stary wysłużony żołnierz, nie podzielał obaw swojej rodziny i wyrzucał chorej, że brak jej nietyle zdrowia, ile raczej energji i woli. Stopniowo jednak zmienił swoje zdanie i przyłączył się do zapatrywania całej swojej rodziny. Przez cały czas trwania choroby Teresa była przygnębiona i bardzo drażliwa. U zmęczonej tyloma długotrwałemi cierpieniami budzi się namiętne pragnienie powrotu do zdrowia — przeraża ją myśl długiego jeszcze leżenia w łóżku. Przypiera do muru lekarzy, żeby wrócili jej zdrowie, ale naogół nie ma do nich zbyt wielkiego zaufania. Podpatruje natomiast każdy ich gest, wsłuchuje się w każde ich słowo. Długo też nie może zapomnieć dr. W. Burkhardtowi, że ten po zbadaniu jej desperacko wzruszył ramionami i oświadczył, że choroba jeszcze długo potrwa. Nie znajdując ratunku ani pomocy u lekarzy, poleca się bez zastrzeżeń opiece „Ojca Niebieskiego". Pod wpływem tej głębokiej rezygnacji wraca jej spokój duchowy, a pociechą w cierpieniach staje się dla niej rozpamiętywanie męki Tego, który z miłości ku ludziom wziął na siebie wszystkie cierpienia świata. Myśli te pogłębiają i potęgują jej życie religijne.

Taka byłaby w krótkiem streszczeniu historja choroby, a raczej chorób Teresy Neumann. Streściłem tutaj wiernie rozdział 2 pracy księdza prof. Siwka. Można powinszować ks. prof. Siwkowi tego opisu choroby, którego nie powstydziłby się żaden lekarz specjalista. Dzięki tej dokładności i sumienności szczegółowego opisu przebiegu choroby nie trudno jest postawić właściwe rozpoznanie. Już z rozdziału pierwszego, zawierającego opis jej lat dziecięcych i młodzieńczych przed wybuchem choroby, można wysnuć wniosek, że już jako dziecko Teresa Neumann musiała być bardzo wrażliwa i przeczulona, skoro opowiadania o męce Pańskiej wyciskały jej łzy z oczu. Jest to zadziwiające nawet u dziecka tak religijnego, jakiem ona niewątpliwie była. Nie jest również rzeczą zupełnie pewną, czy niepokój w dwu pierwszych latach jej życia należy przypisać wyłącznie robakom, jak chce jej rodzina, czy też (choćby częściowo), wrodzonemu jej nerwowemu usposobieniu. Bezpośrednio przed wybuchem choroby pracowała ona zbyt ciężko i stanowczo ponad siły młodej dziewczyny, ponieważ wskutek warunków wojennych i wyludnienia wsi musiała spełniać prace, które zazwyczaj wykonują mężczyźni. Pociechą w jej ciężkiem życiu była myśl o pracy w klasztorze misyjnym, do którego zamierzała wstąpić w przyszłości. Myśl o nawracaniu „czarnych" była marzeniem, a może i ucieczką w świat fantazji przed twardą i nieubłaganą rzeczywistością. Życie jej płynęło jednostajnie i monotonnie w codziennym znoju i ciężkiej pracy, aż do pamiętnego pożaru w marcu 1918 r. W okresie pożaru ulega wraz z innymi panice, o ileż na wsi straszniejszej jeszcze niż w mieście. Nie traci jednak głowy, a nawet udziela cennych rad swemu gospodarzowi i sama przyjmuje bardzo czynny udział w walce z ogniem. Praca jej jest bardzo męcząca, bo w ciągu długiego czasu wykonywuje te same ruchy podnoszenia z ziemi i podawania gospodarzowi, stojącemu na dachu, ciężkich kubłów pełnych wody. Praca ta już sama przez się bardzo męcząca, staje się i nerwowo bardziej jeszcze wyczerpująca przez to, że Teresa pracuje w tem wielkiem napięciu nerwowem, jakie towarzyszy walce z pożarem, a w dodatku pracuje zupełnie na czczo i wśród ciągłego łajania i wymyślania swego gospodarza. Pracuje mimo to aż do ostatecznego zmęczenia bez jakiegokolwiek protestu, aż wreszcie zmęczenie bierze górę i wiadro wypada z jej rąk. Chwiejnym krokiem idzie jeszcze do obory nakarmić głodne zwierzęta, ale i tu już siły odmawiają jej posłuszeństwa. Jest tak umęczona, że lekkiego nawet koryta nie może unieść z ziemi. Niema w tem jeszcze nic chorobliwego, jest to całkowicie i aż nadto usprawiedliwione uczucie bardzo wielkiego zmęczenia. Niemoc Teresy Neumann nie jest niczem innem, jak tylko fizjologicznym stanem wielkiego wyczerpania. Wszystkie dolegliwości Teresy mogłyby się zdarzyć każdemu, nawet fizycznie bardzo silnemu i psychicznie doskonale opanowanemu człowiekowi. Zmęczenie trwa u różnych ludzi rozmaicie długo i mija bez śladu po krótszym lub dłuższym wypoczynku. Teresie Neumann spoczynek nie przyniósł jednak oczekiwanej ulgi i po wypoczynku nie odzyskała swoich dawnych sił, a szereg objawów, spowodowanych zmęczeniem utrwalił się i pozostał jej na bardzo długi czas. I to już jest chorobliwe, bo o ile samo powstanie powyżej opisanych dolegliwości i utrzymywanie się ich w ciągu kilku godzin, a może nawet dni, byłoby objawem czysto fizjologicznym, zupełnie jeszcze prawidłowym, to utrwalenie się objawów zmęczenia na czas niepomiernie długi jest już niewątpliwie zjawiskiem chorobliwem. Powstaje oczywiście pytanie, jak to tłumaczyć i na czem polega istota tego zjawiska? Z powodu braku badań lekarzy specjalistów musimy się opierać wyłącznie i jedynie na wynikach badań lekarzy niespecjalistów i na podmiotowych zapodaniach Teresy Neumann, oraz na opisie jej dolegliwości i spostrzeżeniach ludzi niewyszkolonych w obserwowaniu zjawisk chorobowych. Dlatego też nie możemy wypowiadać twierdzeń kategorycznych i z konieczności musimy się ograniczyć do mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeń. Na podstawie jednak powstania, przebiegu i rozwoju choroby Teresy Neumann możemy śmiało i z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem, zupełnie zgodnie zresztą z ks. Siwkiem, wykluczyć wszystkie organiczne schorzenia układu nerwowego i przyjąć z przeważającem prawdopodobieństwem, że cierpienia Teresy Neumann nie mają podstaw anatomicznych i są niewątpliwie nerwicą. Po obserwacji szpitalnej w Waldsassen rozpoznano u niej w orzeczeniu „histerję po *shock'u*".

Nasuwa się bardzo bliskie podobieństwo nerwicy Teresy Neumann z nerwicami, spostrzeganemi u żołnierzy w czasie ostatniej wojny. U wielu uczestników wojny, czy to pod wpływem zmęczenia, czy to *shock'ów* tak licznych i różnorodnych, w jakie wojna ta obfitowała, powstawały obrazy chorobowe identyczne z opisanemi u Teresy Neumann. Jakkolwiek nie da się porównać nawet w przybliżeniu warunków wojennych z temi, jakie spowodowały u Teresy powstanie jej nerwicy, to jednak nie można zaprzeczyć pewnego, choć dalekiego podobieństwa. Podobnie, jak ci żołnierze, tak też i ona na długi czas przed chorobą żyje w warunkach niekorzystnych i pracuje fizycznie ponad siły — wybucha pożar, który wywołuje u niej strach, przemęczenie, nadmierny wysiłek fizyczny, niezadowolenie z powodu braku zrozumienia jej pracy i należytej oceny jej wysiłków. To są czynniki, które nerwicę u Teresy wywołały. Podobne utrwalenie objawów fizjologicznego zmęczenia, jak naprzykład drżenie nóg, powstające po długich i uciążliwych marszach, były u żołnierzy bardzo często spostrzegane i opisywane. Niejednokrotnie nerwice urazowe nie były niczem innem, jak tylko utrwaleniem takiego lub innego objawu zmęczenia, które w warunkach prawidłowych mija szybko i bez śladu, a w zmienionych przez wojnę warunkach życia trwało bardzo długo, nieraz całe lata.

Takim mechanizmem fizjologicznym możnaby sobie tłumaczyć powstanie i utrwalenie się objawów pierwotnie fizjologicznych, a następnie już i chorobliwych u Teresy Neumann. Jest już rzeczą obojętną i drugorzędną, czy objawom tym damy etykiety: nerwicy urazowej, histerji urazowej, czy też poprostu histerji. Przypuszczenie nasze zgodne jest z wynikiem badania lekarskiego z lutego 1920, kiedy to rozpoznano u niej *„histeria traumatica"*. Są to wszystko nazwy, które często bywają używane dla określenia tych samych zjawisk chorobowych. Rzeczą zasadniczą jest to, że cierpienie Teresy Neumann z wielkiem prawdopodobieństwem możemy sobie wytłumaczyć jako cierpienie czynnościowe, tak lub inaczej nazwane, ale niewątpliwie nerwicę.

Powstanie i pierwsze godziny trwania jej dolegliwości są łatwo zrozumiałe — jest to bowiem codzienne i banalne zmęczenie, z jego fizjologicznemi i psychologicznemi objawami. Trudność zrozumienia tego stanu zaczyna się z chwilą, kiedy po wypoczynku objawy, które powinny były już minąć, trwają nadal a nawet się nasilają. Tego nadmiernie długiego trwania objawów zmęczenia nie da się tłumaczyć czysto fizjologicznemi czynnikami i trzeba przypuścić, że w grę wchodziły jakieś czynniki psychologiczne, które niejako utrwalają te pierwotnie czysto fizjologiczne objawy. Podobnie też staraliśmy sobie tłumaczyć te przebogate, a nieraz wprost groteskowe zniekształcenia, jakie widywano w czasie wojny. Ludzie ci jakby zastygali w takiej lub innej pozycji, powstałej wskutek *shock'u* wojennego. Ktoś w chwili wybuchu granatu niedaleko od niego, przechylił się ku stronie przeciwnej — ale działanie granatu dawno już przeminęło, a on utrzymywał tę postawę na długie miesiące, a nieraz i lata całe. O ile znowu łatwo zrozumiałą jest jego postawa w chwili bliskiego wybuchu granatu, to utrwalenie się tej pozycji na czas dłuższy, czysto fizjologicznie nie da się już wytłumaczyć i znowu trzeba szukać czynników raczej psychologicznych, które tę nieraz bardzo niewygodną i trudną do utrzymania pozycję utrwalały na czas dłuższy. W czasie wojny mechanizm psychologiczny utrwalający takie lub inne zaburzenia, pierwotnie odruchowe, tłumaczyliśmy sobie w pierwszym rzędzie mniej lub więcej świadomą obawą przed powrotem na linję bojową. Nie było to więc nic innego, jak szukanie w chorobie ratunku przed okropnościami wojny. Jeżeli z tego punktu widzenia spojrzymy na rozwój dolegliwości Teresy Neumann, to łatwo zrozumiemy dlaczego chodziła przechylona ku stronie lewej, zataczając się i czemu ręce jej były bezsilne, a w krzyżach dolegały jej silne bóle. Są to wszystko objawy spowodowane długotrwałemi, monotonnemi ruchami unoszenia wiadra z wodą i podawania go wysoko. Mimo wypoczynku objawy te nie minęły i tu wchodzą w grę te czynniki psychologiczne, o których powyżej była mowa. Jest prawdopodobnem, że tak, jak u tych żołnierzy z nerwicami urazowemi, tak i u Teresy Neumann jakieś nawet zupełnie nieświadome czynniki utrudniały jej wyzdrowienie,

z czem się łączył i powrót do dawnego ciężkiego i trudnego życia. Być może, choć to pozornie wydaje się tak paradoksalne, że choroba ta była dla niej tem samem, czem dawniej marzenia o życiu klasztornem i nawracaniu pogan, — ucieczką od ciężkiej i trudnej rzeczywistości w objęcia choroby, jak dawniej w marzenia. Z wielu możliwych sposobów tłumaczenia nerwicy Teresy Neumann jest to, dla mnie przynajmniej, wyjaśnienie najzrozumialsze. Z chwilą utrwalenia się nerwicy dołączają się do dawnych objawów i nowe — wymioty, porażenie ręki, głuchota, ataki drgawkowe, a wreszcie i ślepota. Mechanizm powstawania, zmienność, oraz ustępowanie niektórych z nich (głuchota i porażenie ręki) niewątpliwie przemawiają za ich pochodzeniem czynnościowem, a nie organicznem. Niektóre z tych objawów podobnie jak nagle powstawały, tak też i nagle znikały, co również przemawia za ich czynnościowym charakterem. Mimo gwałtownych wymiotów i prawie zupełnego głodowania Teresa zachowuje swoją wagę ciała. Objawy takie klinicznie są nam znane jedynie u histeryków. Z pośród licznego i różnorodnego szeregu dolegliwości Teresy Neumann, jedynie zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca są objawami bardzo rzadko spotykanemi u ludzi z nerwicami. Nie jest to jednak niemożliwe, bo przecież w myśl obowiązującej definicji Babińskiego, każde zaburzenie czynności zależne od woli może być objawem histerycznym. Jedna rzecz jest tylko zastanawiająca, jak Teresa Neumann w czasie pobytu swego w szpitalu, mogła przed lekarzem ordynującym zataić swoje zaburzenia pęcherzowe. U chorej leżącej jest to wprost nie do pomyślenia. W czasie trwania choroby Teresa Neumann była badana, ale niestety nie wszyscy badający ją lekarze zdawali sobie jasno sprawę z jej dolegliwości.

Cierpienia Teresy Neumann trwały od wiosny 1918 r. aż do 29. IV. 1923. Dnia tego ukochana jej Teresa z Lisieux miała być zaliczona w poczet błogosławionych. Teresa Neumann doskonale o tem wydarzeniu wiedziała i właśnie tego samego dnia odzyskuje wzrok. Należy tu podkreślić, że zdarzało się już i przedtem, że ustępowały u niej niektóre objawy, jak naprzykład głuchota, porażenie ręki, ale żaden z nich nie trwał przedtem tak długo, jak ślepota.

W uroczystym dla niej dniu 29. IV. 1923 r. odzyskuje wzrok, ale nie zostaje jednak całkowicie uleczona, bo nie opuszcza jej ból w krzyżach, napady drgawkowe i niemożność chodzenia. W czasie długiego leżenia potworzyły się na jej ciele liczne ropnie i ranki, a matkę jej szczególnie niepokoiła rana na stopie lewej, gdyż obawiała się ona, że nogę trzeba amputować. Teresa Neumann błaga o pomoc błogosławionej Teresy. Każe sobie pod bandaż założyć trzy listki róży, któremi dotknięto grobu błogosławionej w Lisieux i o dziwo, po kilku minutach przestaje ją noga boleć, a gdy po jakimś czasie zdjęto opatrunek, pokazało się, że rana się już pokrywa delikatnym świeżym naskórkiem. Podobnie jak odzyskanie wzroku, tak i zagojenie tej rany uważa Teresa Neumann za cudowne uleczenie.

W dniu kanonizacji bł. Teresy z Lisieux t. j. 17. V. 1925 r. ma Teresa Neumann widzenie cudownego światełka i równocześnie słyszy głos „Resl (zdrobniałe imię Teresy) czy chcesz być zdrowa?“ — „Dla mnie wszystko jedno, zdrowie, choroba, śmierć, cokolwiek Bóg zechce“ odparła Teresa. Wreszcie usłyszała: „Resl, chcę ci sprawić małą przyjemność. Możesz już siadać i chodzić... Lecz będziesz mieć jeszcze wiele do cierpienia; jednak nie bój się; dotąd ci pomagałam i będę jeszcze w przyszłości pomagać“. Teresa Neumann wsłuchuje się w te słowa z zachwytem, promieniejąc szczęściem — wreszcie zaczyna gorzko płakać, bo cudowna wizja znika. I tego dnia, po 6 i pół latach leżenia w łóżku zaczyna chodzić, początkowo z pomocą osób drugich lub laski. Zdrowie jej poprawia się stopniowo, ale stale. Coraz też częściej widuje niebieskie światełka i słyszy niebiańskie głosy. W listopadzie 1925 r. dostaje bardzo silnych bólów w jamie brzusznej, a wezwany do niej lekarz dr. Seidl stwierdza zapalenie ślepej kiszki i poleca natychmiastowy wyjazd do szpitala, celem dokonania zabiegu operacyjnego. Chora modli się serdecznie do św. Teresy, która wyratowała ją już z tylu opresyj, a wnet ukazuje się cudowne światełko i słyszy głos: „Aby świat poznał, że istnieje wyższa interwencja, nie potrzebujesz teraz być krajana. Masz wstać i iść do kościoła, ale natychmiast, natychmiast — i podziękować Bogu“. Posłuszna nakazowi z góry podnosi się z łóżka i o 7 godzinie wieczorem w towarzystwie swojej rodziny i miejscowego proboszcza udaje się do kościoła z uroczystem podziękowaniem. Wieści takie jak wiadomo, rozchodzą się po wsi błyskawicznie i wkrótce cała wieś, zelektryzowana nowym cudem, gromadzi się w kościele. Podkreślaliśmy, że niektóre z chorobliwych objawów Teresy Neumann znikały, a nie przywiązywano do tego specjalnej uwagi, być może dlatego, że nie trwały one długo. Ustąpienie zaś ślepoty, przykrej, trudno gojącej się rany, a wreszcie i porażenia, skłonna jest Teresa przypisać działaniu sił nadprzyrodzonych. Jeżeli przyjmiemy, z punktu widzenia klinicysty jedynie prawdopobne przypuszczenie, że wszystkie dolegliwości, które trapią Teresę Neumann, nie są niczem innem, jak nerwicą, to nie zdziwi nas ustępowanie jednych, a występowanie innych objawów, lub wreszcie ich całkowite zanikanie. Należy to do całości obrazu klinicznego i jest jeszcze jednym dowodem na korzyść nerwicowego pochodzenia tych wielorakich dolegliwości. To też w ostatecznej konkluzji nie pozostaje nam nic innego, jak wiernie powtórzyć za ks. prof. Siwkiem: „O nadprzyrodzonym charakterze uzdrowień Teresy Neumann *non constat*“.

Podobnie, jak w uzdrowieniach Teresy Neumann niema potrzeby z punktu widzenia klinicznego, doszukiwać się działania sił nadprzyrodzonych, tak też „światełka“ i „głosy z zaświata“ mieszczą się doskonale w ramach obrazu chorobowego Teresy Neumann. Każdego przecież musi uderzyć prymitywność i infantylność tych niebiańskich głosów. Być może, że w naszem tłumaczeniu są luki i nie wszystko jest dość jasne, ale inaczej być nie może, jeżeli nie mamy ścisłej obserwacji klinicznej, której tak dobitnie, ale jak dotychczas bezskutecznie domaga się ks. prof. Siwek.

Przyjmując, że z punktu widzenia klinicznego Teresa Neumann jest osobnikiem histerycznym, tem bardziej musimy się domagać dokładnej i umiejętnej kontroli — musimy to ściśle podkreślić umiejętnej, bo dość chyba przypomnieć, jak genjalnego obserwatora Charcota wodziły za nos i w błąd wprowadzały histeryczki z Salpetrière. Obserwacja histeryczek poza murami kliniki neurologiczno-psychjatrycznej jest nie do pomyślenia. Pragnąłbym tu zwrócić uwagę i na to, jak zmieniają się sądy i opinje najbliższego jej otoczenia. Słyszeliśmy pierwotnie, że ojciec podejrzewał ją o brak woli, gospodarze o lenistwo, a po wsi krążyły o niej złe pogłoski. Wszystko to jednak idzie w niepamięć. Teresą Neumann i jej cudownemi uleczeniami zainteresuje się nietylko wieś, ale i ks. proboszcz, a stopniowo i cały świat.

Na tem kończy się właściwie nasz opis choroby i uleczeń Teresy Neumann. Analizowaliśmy tu fakty, które z punktu widzenia klinicznego wydawały się nam pewnemi, bo jak to staraliśmy się wykazać, absolutnie niczem, ani w przebiegu, ani w ostatecznem zejściu, zakończonem szczęśliwem wyleczeniem, nie różniły się od zespołów nerwicowych, tak często spostrzeganych przez klinicystów-neurologów.

Dalsze życie Teresy Neumann obfituje w niesłychanie ciekawe widzenia męki Pańskiej, występowania stygmatów i jasnowidzenia. O objawach tych z punktu widzenia lekarskiego możnaby mówić jedynie wówczas, jeżeli byłyby one obserwowane w jakiejś klinice, inaczej dla każdego objektywnego badacza budzi się zbyt wielka ilość zastrzeżeń czysto metodologicznych. Stale bowiem pamiętać musimy o wiecznie prawdziwych słowach Ruskina, że „zadaniem nauki jest zastępować pozory faktami, a wrażenia doświadczeniem“.

Ograniczę się więc tylko do uwag ogólnych, mogących ułatwić zrozumienie niezwykłych objawów, spostrzeganych u Teresy Neumann.

Regularnie w piątek popada Teresa Neumann w stan ekstatyczny, w czasie którego krwawi z otwierających się ran, występujących w miejscach analogicznych do ran Chrystusowych, oraz płacze krwawemi łzami. Wypowiada niezrozumiałe dla otoczenia słowa, które filolodzy rozpoznali jako narzecze hebrajskie, używane w czasach Chrystusa. I wreszcie co najdziwniejsze, jak niedawno pisma codzienne doniosły, Teresa Neumann obchodzi obecnie dziesięcioletni jubileusz absolutnej głodówki i wstrzymania się nawet od picia wody.

Mówienie po hebrajsku byłoby istotnie zadziwiające, ale należałoby najpierw ustalić, że nie było to tylko złudzeniem obserwujących ją filologów.

Stygmatyzacja Teresy Neumann nie jest zjawiskiem nowem, znane są bowiem Kościołowi Katolickiemu jakieś 300 przypadków ludzi stygmatyzowanych. Prof. Jacobi, który stygmatyzowanym poświęcił osobne studjum, stwierdza, że stygmaty występowały z reguły u osobników histerycznych. Kościół Katolicki nie uważa również występowania stygmatów za dowód szczególnej łaski, bo tylko niewielu z pośród stygmatyzowanych zostało zaliczonych w poczet świętych. Prof. Schultz skłonny jest stygmaty uważać za nerwicę wegetatywną. Opiera on swoje twierdzenie na spostrzeżeniach licznych badaczy, którzy wykazali, że u osób do tego skłonnych, można w czasie snu hipnotycznego wywoływać liczne i różnorodne zmiany na skórze. Pozostaje ostatnie i bodaj najtrudniejsze do wytłumaczenia zjawisko — jak może Teresa Neumann żyć przez lat 10, nie przyjmując ani pokarmów, ani napojów. Prof. Ewald badał Teresę Neumann z końcem lipca 1927 r. Polecił on również kilkakrotnie zbadać mocz w jednej z pracowni chemicznych w Monachjum. Zestawienia wyników badań moczu

i wagi ciała Teresy, podane przez prof. E w a l d a, dają wiele do myślenia. Waga ciała dn. 13. VII. 1928 r. 55 kg. Mocz badany 15. VII. wykazał odczyn na aceton bardzo silnie dodatni, a waga ciała 16. VII. wykazała spadek o 4 kg, bo tylko 51 kg. Badanie moczu z dnia 29. i 30. VII. wykazuje już tylko ślady acetonu, a 5. VIII. aceton znikł zupełnie. Waga ciała 28. VII. znowu 55 kg. Z zestawienia tego wynika jasno, że z chwilą zjawienia się acetonu głodowego w moczu (cukru nigdy nie stwierdzono) opada i waga ciała, z chwilą zniknięcia acetonu waga ciała wraca do normy. Cyfry te mówią jasno, że organizm Teresy Neumann wykazuje przejściowo objawy głodzenia się, które następnie znikają.

Dwutygodniową obserwację domową, mającą na celu stwierdzenie zupełnej abstynencji w przyjmowaniu pokarmów i napojów przez Teresę Neumann, w czasie której czuwały przy niej stale 4 siostry zakonne, podległe we wszystkim dr. S e i d l o w i, z punktu widzenia wymagań obserwacji naukowej należy uznać za niedostateczną. Nie wątpię w to, że zarówno dr. Seidl, jak i zakonnice, spełniły swój obowiązek sumiennie i bez zarzutu, ale jak już wspomniałem, u ludzi podejrzanych o histerję, obserwację domową z bardzo wielu względów musimy uznać za niedostateczną i bezcelową.

Reasumując moje wywody muszę stwierdzić, że jakkolwiek przebieg cierpienia Teresy Neumann nie budzi żadnych wątpliwości co do ich nerwicowego charakteru, to jednak dalsze jej życie obfitujące w tak niezwykłe objawy, jest z wielu względów interesujące dla świata lekarskiego. Jeżeli jednak Teresa Neumann, względnie jej rodzina, nie zgodzi się na obserwację kliniczną, to może i nadal będzie ona budzić zainteresowanie żądnych sensacji ludzi, ale nie uzyska nigdy naukowego zaświadczenia o jej nadprzyrodzonym charakterze.

---

## OCENY I SPRAWOZDANIA.

*Archivos do Serviço de Vias Uritinarias da Policlinica Geral do Rio de Janeiro.* Impensa National 1931.

Czasopismo wydawane przez poliklinikę Geral w Rio de Janeiro, pod redakcją Dra Belmiro Valverde, poświęcone chorobom dróg moczowych, przedstawia się jako okazały tom o 204 stronicach tekstu i 25 tablicach ilustracyjnych, bogato i bardzo starannie pod względem typograficznym wydany.

B e l m i r o V a l v e r d e pisze o kile dziedzicznej później pęcherza moczowego (4 przypadki osobiście spostrzegane z dokładnemi obrazami wziernikowemi), i podaje charakterystyczny opis owrzodzeń błony śluzowej pęcherza u chorych dotkniętych utajoną kiłą dziedziczną.

O zaburzeniach czynności płciowej w następstwie zapaleń cewki, gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych pisze tenże B. Valverde. Duża praca oparta na zbadaniu 534 wypadków.

O kile pęcherza moczowego a w szczególności o jej obrazie utajonym (B. Valverde). Autor zapomocą systematycznej cystoskopji stwierdził stosunkowo znaczną częstość owrzodzeń kiłowych błony śluzowej pęcherza obok innych zmian anatomicznych w wypadkach kiły utajonej, i podnosi, że mimo daleko posuniętych zmian, rzadko występuje krwiomocz.

Dwa wypadki podwójnego moczowodu. (B. Velverde). Dokładny opis poparty zdjęciami psychograficznemi; oba wypadki dotyczyły chorych z zupełnie zdrowym układem moczowym. Chorzy cierpieli tylko na przewlekły katar cewki. Autor jest zwolennikiem systematycznej cystoskopji u tego rodzaju chorych.

Wypadek leukoplakji kiłowej pęcherza (B. Valverde).

Ciekawy wypadek ciała obcego cewki moczowej (B. Valverde).

Refleksoterapja mimowolnego moczenia *(incontinentia urinae)*. Antonio Carvalhaes podaje próby leczenia zapomocą przyżegania dolnej i średniej muszli nosowej.

Położenie i rozległość zwężeń cewki moczowej w obrazie rentgenowskim (Barbosa de Magalhaes). Dokładny opis 6 wypadków.

PH moczu i konieczności oznaczania tegoż (Hernani Legey).

*Fossula prostatica* i jej uszkodzenia w następstwie przewlekłych zapaleń cewki (Heraldo Selva).

Zmiany zapalne wzgórka nasiennego przy przewlekłych zapaleniach cewki (Manoel Victorino de Mello).

O wartości rozszerzania cewki w leczeniu przewlekłych zapaleń cewki (Democrito Torres Lafayette). Autor zaleca systematyczne rozszerzanie cewki w tych wypadkach zapomocą sond Beniqué.

*Ruff* (Lwów).

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.
### Piśmiennictwo polskie.

*Nowiny Społeczno - Lekarskie,* rok VI, nr. 6, 15 marca 1932: Z życia Związku Lekarzy Państwa Polskiego — Z. K o z ł o w s k i: Lecznictwo doby obecnej. Szkic zasad deontologji lekarskiej z przed pół wieku (dok.). W. L i c h t e r: Kilka uwag do projektu kodeksu deontologji lekarskiej. — R. K l e b e r - D a k o w s k a: Nauczanie medycyny we Francji.

*Wiadomości Farmaceutyczne,* rok LIX, nr. 12, z 20. marca 1932: J. M u s z y ń s k i: O zawartości t. zw. popiołów w surowcach leczniczych. Sprawy zawodowe.

*Położna,* rok V, nr. 3. za marzec 1932: J. B a j o ń s k i: Przesądy w położnictwie. — L. G e r h a r d t: O zaburzeniach w krążeniu krwi u płodu. — Fr. Ks. C i e s z y ń s k i: Położna jako opiekunka zdrowia matki i dziecka. — Al. K a r n i c k i: Sprawozdanie z 10 letniej działalności Państw. Szkoły położnych. — A. Ł u s z c z k i e w i c z: Położna a ubezpieczenia społeczne.

*Przegląd Weterynaryjny,* rok XLV, nr. 3, za marzec 1932: H. G o l a s z e w k i: Pałeczki z grupy „Salmonella" jako przyczyna paratyfusu zwierząt futerkowych. — W. G u z e k, H. L a n g, G. M o l i c k i: Badania doświadczalne nad tępieniem pomoru nierogacizny zapomocą surowicy przeciwpomorowej. — S. M g l e j: Doświadczenia nad działaniem etronału przy leczeniu motylicy u owiec. — S. M a j e w s k i: Sprawozdanie z działalności sejmikowej lecznicy dla zwierząt w Kutnie i samorządowej weterynarji za czas od 1. IV. 1930 do 1. IV. 1931.

*Medycyna,* nr. 6, z roku 1932: Wł. F i l i ń s k i: W sprawie leczenia nowotworów złośliwych klatki piersiowej oraz w sprawie działania salygrynu i in. — St. C z u b a l s k i: Wrodzone uchyłki pęcherza moczowego. — E. S i e d l e c k i: Przypadek torbielowatych rozszerzeń z naczyń limfonośnych otrzewny w miejscu owrzodzeń gruźliczych jelita cieńkiego. — R a s o l t H. i J. W a l a w s k i: Zachowanie się serca pod wpływem porażenia układu współczulnego gynergenem. — A. S k w a r c z y ń s k a i M. Ś l i w i ń s k a: Z kliniki okresu wylęgania odry. — R e g m u n t - S o b i e s z c z a ń s k i L.: O znaczeniu woni w rozpoznawaniu chorób.

*Wiadomości Weterynaryjne,* rok XIV, t. XI, nr. 140 za marzec 1932: O b i t z K.: Wpływy geologiczne i hydrologiczne na rozszerzanie się chorób pasorzytniczych. — M. M a r c z e w s k i: Niektóre rodzaje zakażeń, wywołanych zarazkami neutropowemi u koni M a r c z e w s k i M.: Służba weterynaryjna w państwach obcych.

*Wiadomości Kas Chorych,* rok III, nr. 5, z 1 marca 1932: Z zagadnień organizacyjnych Kas Chorych. Ubezpieczenia społeczne zagranicą. Zakłady ubezpieczeń pracowników umysłowych. Z życia Kas Chorych. Opieka nad dziećmi i młodzieżą.

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Piśmiennictwo amerykańskie.
### Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1931. LIII. 4. october.

J. W o l f e r: *Wpływ soku trzustkowego na pęcherzyk żółciowy.* Liczne obserwacje chorych operowanych, z powodu zapalenia pęcherzyka żółciowego wykazują brak bakteryj w pęcherzyku, mimo znacznych nieraz zmian chorobowych, dochodzących nawet do ostrej ropowicy lub zgorzeli. Podejrzywa się, że w tych przypadkach chodzi o szkodliwy wpływ soku trzustkowego.

Autor przeprowadził na psach doświadczenia, wprowadzając do pęcherzyka sok trzustkowy: technicznie rozwiązał problem w ten sposób, że wyosabniał część dwunastnicy wraz z ujściami przewodów trzustkowych i łączył ją zapomocą sączka z przewodem żółciowym wspólnym. Zmiany, jakie powstawały w ścianie pęcherzyka, były znaczniejsze po jednorazowem wprowadzeniu do niego większej ilości soku trzustkowego (20 cm$^3$), aniżeli po dłuższem wprowadzeniu mniejszych ilości zapomocą połączenia sączkowego.

Wyniki doświadczeń potwierdzają teorję wpływu soku trzustkowego na zmiany chorobowe pęcherzyka żółciowego. Jest bardzo możliwe, że w niektórych przypadkach, w pewnych warunkach, dostaje się sok trzustkowy do dróg żółciowych, wywołując analogiczne zmiany zapalne. Tyczy to głównie przypadków, w których ciśnienie wydzielnicze trzustki staje się wyższe niż wątroby.

P. Seabold: *Rozpoznanie rentgenologiczne w schorzeniach sutka.* Pierś przedstawia się radjograficznie różnie, zależnie od wieku. Przed dojrzeniem płciowem cień piersi mały, zbity, leży blisko ściany klatki piersiowej, dając obraz rentgenowski niejasny i niepewny; przed pokwitaniem, jako też po dojrzeniu płciowem zauważamy w rentgenogramach piersi cienie, pochodzące z promienisto ułożonych przewodów mlecznych. Przerwa lub obraz zamazany w tem jednolitem polu przemawiają za zmianami patologicznemi.

Najwyraźniejszy obraz normalnej piersi otrzymuje się dziesięć dni przed menstruacją, albowiem wówczas jest najwybitniejszy przerost komórek nabłonkowych. Następnie nasycenie cienia staje się coraz mniejsze tak, że maksymum nie przypada na czas ukazania się krwi. Podobny obraz obserwuje się w 6-tym miesiącu ciąży, z tem, że jest on jeszcze wyraźniejszy.

W okresie przekwitania wykazuje pierś małe, owalne nieregularne cienie, pochodzące od torbieli.

Rozpoznanie różniczkowe jest często trudne zwłaszcza, gdy chodzi o odróżnienie początkowych postaci raka od nieprawidłowości w budowie sutka. Obraz w drugim wypadku przedstawia pole o różnem nasyceniu, o granicach dość regularnych.

Nowotwory dobrotliwe dają cienie wyraźne i regularne; natomiast w raku budowa jest zamazana, poprzerywana. Torbiele dają cień regularny, ale mniej wysycony, niż guzy lite.

Nowotwory złośliwe wykazują w miejsce budowy promienistej wygląd koncentryczny z większym nasyceniem w środku lub wokoło masy nowotworowej. Należy też zauważyć, że z masy tej mogą wychodzić promieniste pasma ku brodawce, pochodzące od przewodów mlecznych. Ich rysunek jest lepiej widoczny niż w prawidłowych warunkach, ponieważ często są przewody wypełnione komórkami nowotworowemi.

Ważnym również czynnikiem w radjografji nowotworów piersi jest uwidocznienie na kliszy przerzutów w drogach chłonnych.

*A. Janik* (Iwonicz).

**Piśmiennictwo niemieckie.**

**Medizinische Klinik.**

Nr. 27. — 1931.

M. Winternitz, J. Deutsch, Z. Brüll: *Kliniczne znaczenie metody oznaczania szybkości krwiobiegu, zapomocą wstrzykiwań decholiny.* Przez szybkość krwiobiegu rozumiemy czas potrzebny do przepłynięcia pewnej ilości krwi przez całe krążenie wielkie i małe i powrót do miejsca wyjścia. Istnieją metody do oznaczenia tej szybkości zapomocą wprowadzenia barwików, $Ca\ Cl_2$, histaminy, choliny i t .d., a liczby uzyskane temi metodami w prawidłowych warunkach wahają się od 9 do 30 sek. Autorzy wykonali na 300 przypadkach próbę oznaczania przy wstrzyknięciu decholiny, i wykazali że normalny czas tą metodą uzyskany waha się między 8 a 14 sek. Jako czynniki wpływające na szybkość krwiobiegu wymieniają: stan czynnościowy mięśnia sercowego, rytm i częstość akcji serca oraz czynniki obwodowego krążenia. Niedomoga mięśnia sercowego a zwłaszcza mięśnia lewego serca na jakiemkolwiek tle, silnie zwolniona akcja serca, *asthma cardiale*, w przeciwieństwie do *asthma bronchiale*, ucisk na aortę, zmiany w jej ścianie w formie *mesaortitis*, oto czynniki, które najczęściej powodują zwolnienie obiegu krwi. Silna *tachycardia* (ponad 140) jak i *bradycardia* (poniżej 45) wpływają również zwalniająco. Najmniej są znane czynniki krążenia obwodowego. Pewnem jest, że środki rozszerzające naczynia wpływają przyśpieszająco. Zmiennie bywa w nadtarczyczności.

H. M. Ritschel: *Gruźlica i ciąża.* Uważa, że bezwzględnym wskazaniem do przerwania ciąży są świeże procesy naciekowe, dalej niewątpliwe procesy czynne z tendencją do wytwarzania jam, jak również przez dłuższą obserwację stwierdzona czynna postać tbc. szczytów.

O. Grager: Ciąża i połóg niewątpliwie może proces gruźliczy zaostrzyć, czynić tego nie musi. Zajmuje on stanowisko pośrednie twierdząc, że ciężarna z gruźlicą powinna być pod stałą obserwacją internisty, by ten środkami farmakologicznemi czy dietetycznie tak utrzymywał ustrój ciężarnej, by jak najmniej tracił na koszt ciąży. Natomiast uważa za przeciwwskazane osobie gruźliczej karmienie.

C. Hegler: Przytacza przypadek ciężarnej gruźliczej leczonej sztuczną odmą z wybitnem polepszeniem się procesu chorobowego. Poród i połóg odbył się prawidłowo, dziecko całkiem zdrowe.

R. Freund: *Leczenie złotem schorzeń zapalnych stawów:* Preparat złotowy w formie pigułek podawany *per os* przez przeciąg 6 do 8 tyg. w dawkach dziennych stopniowo od 0,01 do 0,5 g w łącznej dawce 6 — 8 g w postaciach podostrych i przewlekłego zapalenia stawów, działa niekiedy korzystnie, usuwając obrzęki, gorączkę, bóle, wzmaga swobodę ruchów w zajętych stawach. Jako działanie uboczne zaobserwowano występujące czasami biegunki, rzadziej bicia serca.

A. Beutel, P. Mahler: *Wpływ energji elektrycznej na napięcie i perystaltykę przewodu pokarmowego:* Prąd faradyczny powoduje pogłębienie i przyśpieszenie perystaltyki, tak żołądka jak i jelit, zaś prąd galwaniczny działa wzmagająco na wydzielanie soków trawiennych. Badania te wykonano przy pomocy aparatu „Tonizator", w którym można uzyskać szybko zmienny prąd, a wyniki uzyskane tym aparatem kontrolowano w obrazach rentgenowskich i zgłębnikami różnych odcinków przewodu pokarmowego.

Barsony i Holó: *Znaczenie kliniczne „atypowego" zapalenia płuc:* Podają teoretyczne wytłumaczenie i opisy przypadków, które klinicznie przedstawiały się jako nacieki, a których tłem był nieswoisty stan zapalny w pęcherzykach płucnych.

R. Prigge: *Badania nad związkiem działania chemoterapeutycznego z układem siateczkowo-śródbłonkowym:* Myszki białe pozbawione śledziony, a więc dużej części u. s. ś. reagują na zakażenie luetyczne identycznemi objawami co i zwierzęta kontrolne. Leczenie salwarsanem przebiega u tych zwierząt również identycznie, a przypuszczenie, jakoby preparaty salwarsanowe działały za pośrednictwem ukł. s. ś. jest niesłuszne, przynajmniej z tych doświadczeń takich wniosków nie można wyciągać. Krętki tkwiące w systemie nerwowym myszek reagują na salwarsan w taki sam sposób jak krętki tkwiące w gruczołach limfatycznych. Infekcja luetyczna (eksperymentalna) u myszki nie wyzwala reakcji obronnej w organizmie, a efekty lecznicze odnosi autor do działania chemoterapeutycznego stosowanego środka.

H. Rubinson: *Doświadczenie lecznicze z preparatem eufylinowo-digitalisowym.* W różnych rodzajach niedomogi mięśnia sercowego skombinowanie eufyliny z *digitalis* daje dobre rezultaty lecznicze.

E. Stransky: *Psychoterapja.*

*Godłowski* (Kraków).

**Virchovs. Archiv.**

Z. 1. — T. 281.

Barth E. *Badania nad zawartością ołowiu w kościach.* Posługując się opracowaną przez P. Schmidta i współpracowników mikrometodą przebadał autor kości 30 osobników dorosłych oraz 10 osesków na zawartość ołowiu; przyczem dorośli ani nie przebywali ołowicy, ani z tytułu swego zawodu nie stykali się z ołowiem. Badaniu były poddane osobno nasady, trzony, kości płaskie oraz szpik kostny czerwony. Kości osesków (w wieku od 1 dnia do 4 mies.) zawierały na 3 g popiołu od 0,01 — 0,04 mg ołowiu. Kości ludzi dorosłych w wieku od 20 — 40 lat (12 przypadków) zawierały 0,02 — 0 065 mg Pb. U ludzi w wieku od 40 do 80 lat (16 przypadków) przeciętnie 0,08 — 0,14 mg Pb na 3 g popiołu. Szpik kostny zawierał stosunkowo mniej Pb, aniżeli tkanka kostna. Kości wieśniaków zawierały tyleż ołowiu co kości mieszkańców miast, korzystających z wodociągów i z tego względu narażonych na ewentualne przyjmowanie z wodą ołowiu, pochodzącego z rur wodociągowych. Z badań tych, zdaniem autora zdaje się wynikać, iż ołów w ciągu życia jest w minimalnych ilościach wprowadzany do ustroju z pokarmami.

Epstein E. *Przyczynek do patologji i systematyki lipoidoz z punktu widzenia chemji ogólnej i fizycznej.* Biorąc za podstawę charakter chemiczny lipoidu, który występuje w ilości przeważającej w poszczególnych lipoidozach, autor proponuje następującą klasyfikację tych zaburzeń: 1. Lipoidoza fosfatydowa (choroba Niemann-Pick'a). W patologicznie nadmiernych ilościach gromadzi się w komórkach lecytyna. 2. Lipoidoza cerebrozydowa (Splenomegalja Gaucher). W komórkach gromadzi się cerebrozyd kerazyna. 3. Lipoidoza cholesterynowa (Choroba Schüller-Christiana); gromadzi się cholesteryna i jego estry w komórkach i pozakomórkowo. 4. Ksantomatoza cholesterynowa (Cholesteryn i jego estry).

Z. 3. — T. 281.

Russkich W. i Kryłowa E. *Przypadek pierwszej promienicy mózgu.* Dotyczy 23-letniej kobiety, która przez 2 lata cierpiała na bardzo silne bóle głowy. Na 2 tygodnie przed zejściem wystąpiło porażenie połowicze. Sekcja wykazała na podstawie mózgu guz, wielkości orzecha laskowego, wychodzący z nóżki mózgu i zrośnięty z oczodołem lewym, o spoistości zbitej, nierównej powierzchni, nie ostro odgraniczony od mostu Varola, częściowo wrastający do tkanki mózgowej. Drobnowidowo typowe

utkanie guza promieniczego. Ziarnina, otaczająca ziarna promienicze składa się głównie z komórek plazmatycznych i leukocytów; ponadto stwierdza się nieliczne komórki nabłonkowate i olbrzymie. Aczkolwiek guz promieniczy w mózgu był jedynym, jaki w tym przypadku stwierdzono, jednak autorzy nie uważają go za pierwotny w znaczeniu, jakie to pojęcie posiada w patologji ogólnej. Sądzą mianowicie, iż wrotami zakażenia w tym przypadku były powieki.

Uher V. *Zwyrodnienie miąższowe.* Praca zdążająca do wyjaśnienia istoty zwyrodnienia miąższowego w drodze badań chemicznych i fizyko-chemicznych. Materjał do badań stanowiły wątroby ludzkie z różnych przypadków sekcyjnych oraz wątroby i mięśnie świnek morskich, poddanych uprzednio przegrzewaniu. Autor oznaczał zawartość azotu całkowitego oraz azotu białkowego, zawartość wody, suchej substancji, sodu i potasu. Na podstawie badań własnych oraz danych z piśmiennictwa autor stwierdza w narządach, uległych zwyrodnieniu miąższowemu: niewielkie zmniejszenie ilości białka, przyrost jonu Na' i ubytek K' (równolegle przyrost Cl' i zmniejszenie $PO_4$'''). Dodatni odczyn z ninhidryną wskazuje na wzmożony rozpad białka. Pęcznienie koloidów tkankowych, wzmożone ciśnienie osmotyczne, łącznie ze zmianą w napięciu powierzchniowem prowadzi do przyciągania wody przez komórki, wskutek czego powiększa się objętość komórek i narządów. Za przyczynę „zmętnienia" autor uważa zagęszczenie produktów dezagregacji białka na powierzchni komórek.

*Dr. W. Lewiński* (Lwów).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 24 listopada 1931 r.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 17 listopada r. b. przyjęto.

2. Prezes odczytuje zawiadomienie o otwarciu trzymiesięcznego wyższego kursu bakterjologji, parazytologji i nauki odporności.

3. Kol. K. Chodkowski przedstawia przypadek *„Teratoma embrionale thoracis"* (streszczenie własne).

Potworniaki nie są nowotworami w ścisłem znaczeniu tego słowa. Są to raczej szczątkowe płody z mniej lub więcej wykształconemi, bezładnie porozmieszczanemi narządami.

Potworniaki dzielą się na: 1 dojrzałe, zbudowane z tkanek równorzędnych z tkankami nosiciela (tutaj zaliczają najczęstsze z potworniaków torbiele skórzaste) i 2. niedojrzałe czyli zarodkowe, których utkanie stanowią tkanki typu zarodkowego, bardzo rzadko spotykane.

Zależnie od rodzaju występujących tkanek potworniaki dzielą się na: 1) jednolistkowe, 2) dwulistkowe, 3) trójlistkowe i 4) czterolistkowe. Potworniaki najczęściej występują w jajniku i jądrze, w okolicy krzyżowej, klatce piersiowej, szyi, jamie czaszkowej i t. p.

Pierwszy przypadek potworniaka śródpiersia opisał Gordon w 1823 roku. W Polsce opisała Szusterówna. Ogółem w piśmiennictwie znalazłem około 110 przypadków. Patogeneza potworniaków śródpiersia jest dotychczas niewyjaśniona. Najbardziej przyjęta jest teorja odszczepienia blastomer (komórek wszechmocnych). Ostatnio Budde twierdzi, że rozwijają się one z komórek pierwotnej jamy ustnej.

Przypadek, który spostrzegałem na stole sekcyjnym w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. W. dotyczył 19 letniego ucznia gimnazjum. Chory był leczony od marca 1930 roku w szpitalach i klinikach warszawskich, gdzie rozpoznawano kolejno otorbione lewostronne ropne zapalenie opłucnej i mięsaka płuc. Chory zmarł 30 czerwca 1930 roku wśród objawów niedomogi serca.

Sekcja wykazała wybitne zasinienie i obrzęk powłok, głównie głowy, twarzy i szyi. W śródpiersiu przedniem znalazłem olbrzymi guz przewyższający wielkość głowy dorosłego mężczyzny, wychodzący z górnego odcinka śródpiersia. Guz ten posiadał wyraźnie dwa płaty: prawy i lewy. Pierwszy siedział, jakby w postaci głowy grzyba, na płucu prawem, spychając je ku dołowi i nieco na bok. Płat lewy guza był nieco niżej położony niż prawy, sięgał do przepony. Guz miał powierzchnię nierówną z całym szeregiem wyniosłości. Pokryty był torebką szarobiałą, dość cienką, był naogół twardy, miejscami jednak chełbotał. Powierzchnia przekroju guza była różnorodna pod względem spoistości i barwy. W dolnym odcinku lewego płata mała jama, w której widać kość przypominającą szczątkową gałąź żuchwy z paru zębami. Tu i ówdzie jamki, wypełnione płynem surowiczym, bądź śluzem, bądź wreszcie gęstemi masami kaszowatemi z blond włosami. Wysłanie tych ostatnich stanowi skóra. W otoczeniu guza leżą oddzielnie liczne mniejsze i większe guzki jednolite, szarobiałoróżowawe, zmiennej spoistości. Podobne guzki widać w przeponie i płucach.

Grasicy nie znaleziono.

Na podstawie takiego obrazu rozpoznałem potworniaka śródpiersia, dającego przerzuty do przepony, gruczołów limfatycznych śródpiersia i płuc.

Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie makroskopowe. W utkaniu guza znaleziono bezładnie rozmieszczone najrozmaitsze tkanki: skóra z włosami, gruczołami łojowemi i potowemi, glej, komórki nerwowe, mięśnie gładkie i poprzecznie prążkowane, chrząstka, kość, pojedyńcze beleczki wątroby z wałeczkami żółciowemi w świetle, niezupełnie dobrze wykształcone oskrzela, wreszcie jakby śluzówka jelit z typowemi komórkami kubkowemi. Z tkanek mało zróżnicowanych występowały różnej wielkości torbiele, cewki gruczołowe, tkanka łączna, chrzęstna, mięsna. Główną jednak część utkania guza stanowi zarodkowa tkanka nerwowa. Znajdujemy w niej bardzo liczne cewy i wstęgi, wyglądem przypominające pierwotną cewę nerwową. W innych odcinkach guza znajdujemy bardzo liczne różyczki prawdziwe. Światło różyczki jest puste. Podobne utkanie, tylko miejscami mniej dokładnie wykształcone, znajdujemy w przerzutach.

Mieliśmy zatem do czynienia z *medulloepithelioma et neuroepithelioma e teratoma embryonali mediastini cum metastasibus ad lymphoglandulas mediastinales, diaphragmatem et pulmonem.*

Przypadek pod względem anatomicznym jest ciekawy nietylko przez umiejscowienie potworniaka, lecz także przez jego rodzaj i jego wyraźną złośliwość.

Źródłem złośliwego rozsiewu była zarodkowa tkanka nerwowa, będąca składnikiem potworniaka, zatem nieprawidłowo rozwijający się zawiązek mózgu lub oka (obrazy bardzo podobne).

Rozpoznanie kliniczne potworniaka jest bardzo trudne. Dają one bowiem objawy takie same, jak inne guzy klatki piersiowej. Do objawów swoistych tylko potworniakowych należą: 1) odpluwanie włosów i łoju, 2) wydobycie przy nakłuciu w płynie komórek naskórka, włosów i cholesteryny, 3) dane badania rentgenowskiego, gdy w rentgenogramie znajdują się cienie części twardych o ściśle określonych kształtach (zęby, szczęka).

Cierpienie może trwać do roku i dłużej.

Właściwe leczenie potworniaków śródpiersia może być tylko operacyjne. Osiągano w ten sposób w wielu przypadkach zupełne wyleczenie.

W potworniakach klatki piersiowej należy prawie bez wyjątku postępować, jak w nowotworach złośliwych, dążąc do całkowitego usunięcia, które bywa niekiedy trudne ze względu na zrosty z otoczeniem.

Postępowanie takie jest wskazane z 4 głównych względów:

1) ucisk na narządy ważne dla życia (serce, płuca, naczynia, tchawica);

2) możliwość złośliwości, która spotyka się około 21% przypadków;

3) przebicie do narządów jamistych (serce, osierdzie, opłucne);

4) zropienie i następcze przebicia do opłucnej.

*Dyskusja*: Kol. K. Dąbrowski podkreśla, iż przypadek przedstawiony przez prelegenta nie miał wyglądu nowotworowego; nie wykazywał wyraźnego upośledzenia odżywienia ani też niedokrwistości.

Kol. Siedlecki zaznacza, iż guza w przypadku przedstawionym nie można w całości uważać za złośliwy. Co się zaś tyczy braku wyniszczenia u osobników z nowotworami złośliwemi, to spotykamy się z tem często, mówcy wydaje się dziwną niechęć klinicystów do rozpoznawania sprawy nowotworowej w przypadkach z dobrem odżywieniem.

Kol. Elektorowicz przytacza obserwowany przez siebie przypadek dobrotliwego guza śródpiersia. Pierwsze rentgenogramy zostały wykonane w tym przypadku przed 22 laty.

Kol. Mańkowski uważa, iż cewki z komórek walcowatych, wchodzące w skład guza nie mogą być nazwane neuroepiteljomatami. Na komórki wątrobowe zawarte w guzie, należy się zapatrywać jak na *foetus in foeto.* Ognisko znalezione w płucu, może być równie dobrze niezależnym nowotworem pierwotnym, nie zaś przerzutem.

Kol. K. Dąbrowski zaznacza, iż chodziło mu o podkreślenie, iż chory, mimo długotrwałości sprawy, wyniszczenia nie przedstawiał.

Kol. Chodkowski (streszczenie własne): Nie zalicza omawianego potworniaka w całości do złośliwych. W ostatecznem rozpoznaniu wyraźnie podkreślił, iż jest to *medulloepithelioma i neuroepithelioma,* wychodzące z potworniaka i dające przerzuty do

płuc, gruczołów limfatycznych śródpiersia i przepony. Między potworniakami dojrzałemi i niedojrzałemi trudno przeprowadzić ostre granice. Istnieje bowiem cały szereg postaci przejściowych. Przypadek omawiany zaliczono do niedojrzałych ze względu na przewagę tkanek niezróżnicowanych (zarodkowych) nad dojrzałemi. W oznaczeniu postaci nowotworu, wychodzącego z potworniaka oparto się na podziale glejaków, podanym przez Bailey'a i Cushinga, którzy zaliczają nowotwory o podobnem utkaniu do *medulloepitheliomata* i *neuroepitheliomata*. Wspomniane w opisie cewy wybitnie przypominają zarodkową cewę nerwową, najprawdopodobniej zatem pochodzą one z zewnętrznego listka zarodkowego. Pozostałe listki podobnych obrazów nie dają. Rozpoznanie z konieczności musi się oprzeć wyłącznie tylko na cechach morfologicznych zespołów komórek i ich układów. Barwienia specjalne, zastosowane do tkanek z bardzo wczesnych okresów rozwoju, zatem tkanek mało zróżnicowanych, nie dają wyników dodatnich i nie można uważać ich za rozstrzygające. Zawiodły one również w omawianym przypadku. Guzki w płucach były niewątpliwie przerzutami: nie posiadały one ciągłej łączności z ogniskiem pierwotnem. Liczne komórki utkania złośliwego, zamykające światło naczyń włoskowatych płuc, stwierdzają dostatecznie ich przerzutowe pochodzenie. W podobnych przypadkach trudno z punktu widzenia anatomji patologicznej nie mówić o złośliwości utkania jakiegoś guza nowotworowego, nawet gdyby on wychodził z tkanki nerwowej.

5. Kol. A. Trojanowski przedstawił „Wnioski dotyczące anatomji patologicznej raków płuc i oskrzeli, na podstawie sekcyjnego materjału statystycznego Zakładu Anatomji Patologicznej U. W. (1919—1930). (Streszczenie własne).

Prelegent na zasadzie 10.383 sekcyj, wśród których 98 razy spostrzegano raka płuc i oskrzeli dochodzi do następujących wniosków:

1) w okresie ostatnich 6 lat (1925—1930) stwierdza się w stosunku do poprzednich 6 lat (1919—1924) rzeczywiste zwiększenie (blisko trzykrotne) liczby raków płuc i oskrzeli.

2) raki płuc i oskrzeli przeszło trzy razy częściej występowały u mężczyzn niż u kobiet, jednakże, podczas gdy liczba raków płuc i oskrzeli w ostatnich 6 latach wzrosła u mężczyzn tylko dwukrotnie, to u kobiet, aż dziewięciokrotnie,

3) rak płuc i oskrzeli występuje najczęściej w latach 40—69 i należy w tym wieku do chorób częstych (2,78% wszystkich sekcyj i 14,2% wszystkich nowotworów złośliwych), zwłaszcza u mężczyzn (3,8% wszystkich sekcyj i 22,0% wszystkich nowotworów złośliwych),

4) postać ograniczoną raka płuc spostrzegano 34 razy, płatową — 18, śródpiersiowo-płucną — 13, oskrzelową czyli wnękową — 11, masywną czyli zbitą — 10, opłucnową — 7, guzkową — 5, przyczem pierwotne ognisko rakowe rozpoznawano 81 razy w płucach, 11 — w dużych oskrzelach, 4 — w opłucnej; płaty górne częściej były zajęte, niż dolne,

5) na 98 przypadków raka płuc i oskrzeli przerzuty stwierdzono 92 razy, z czego 30 razy do ośrodkowego systemu nerwowego,

6) prawidłowe rozpoznanie kliniczne postawione było w 25% przypadków, natomiast wśród błędnych rozpoznań w 25 przypadkach uważano za pierwotne zmiany, wywołane przez przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego. (Demonstracja tablic statystycznych, wykresów oraz preparatów makro- i mikroskopowych).

6. *Dyskusja:*

Kol. J. Dąbrowska (streszczenie własne). W szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze za okres czasu 1919—1930 roku było 3.438 sekcyj, w tem 2.021 mężczyzn i 1.417 kobiet.

Ogólna liczba nowotworów złośliwych wynosi za ten czas 497 w tem 284 mężczyzn i 213 kobiet.

Odsetek nowotworów złośliwych od liczby sekcyj, wynosi 14,456% (14 — 15%).

Raków płuc i oskrzeli w tym czasie było 47, w tem 41 mężczyzn i 6 kobiet.

Odsetek raków płuc i oskrzeli od ogólnej liczby sekcyj wynosi 1,367%.

Odsetek raków płuc i oskrzeli od ilości nowotworów złośliwych wynosi 9,456%.

Największa liczba raków płuc i oskrzeli przypada na lata 1927 (7) i 1929 (5). Przeciętna liczba roczna nowotworów złośliwych płuc i oskrzeli wynosi 4—5. Prawe płuco częściej bywa zajęte niż lewe $\frac{\text{prawe } 28}{\text{lewe } 19}$.

Najczęstszym punktem wyjścia jest nabłonek oskrzeli dużych i postać raka wnękowa, rzadziej występują ograniczone ogniska w dolnych płatach lub postać zajmująca cały płat, najrzadziej nowotworowe zapalenie płuc.

Mikroskopowo najczęściej spotykałam raka walcowato komórkowego i drobnokomórkowego, najrzadziej śluzowego.

Przerzuty najczęściej występują w gruczołach chłonnych okołooskrzelowych (96%), śródpiersiowych (42%), w wątrobie (36%), opłucnej (27,7%), kościach (21,3%), rzadziej w nerkach (9%), mózgu (10,6%), najrzadziej w nadnerczu, trzustce, tarczycy.

Z innych chorób przewlekłych w 4 przypadkach stwierdziłam gruźlicę włóknistą płuc i w jednym kiłę.

Największa liczba nowotworów złośliwych płuc i oskrzeli przypada na wiek pomiędzy 45—65.

Kol. Półtorzycka (streszczenie własne). W szpitalu Wolskim wykonano w czasie od 1 kwietnia 1928 roku do 1 listopada 1931 roku, t. j. w ciągu 3 i pół lat 1.091 sekcyj. Z tego sekcyj nowotworowych 82, czyli 7,42% ogólnej liczby sekcyj raków, zaś płuca 14 co wynosi 1,27% ogólnej liczby sekcyj, a około 17% w stosunku do sekcyj nowotworowych. Prawie wszyscy zmarli na raka płuc byli pracownikami fizycznymi: szewc, stolarz, dozorca, wyrobnik, robotnik i t. d., w tem 12 mężczyzn i 2 kobiety. Wiek wahał się między 30 i 68 rokiem życia, przeważał wiek powyżej lat 40. W przeważającej liczbie przypadków, gdyż w 12, rak umiejscowił się w płucu prawem (8 razy w płacie górnym, 2 w dolnym i 2 we wszystkich 3 płatach szerząc się od wnęki (2 razy tylko w płucu lewem, w płacie górnym).

We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem 1-go (wczesny okres), rak dawał przerzuty: najczęściej do gruczołów — 13 razy, do wątroby 3 razy, do nadnercza prawego — 3 razy, nadnercza lewego — 3 razy, do trzustki 1 raz, kręgosłupa i żeber 1 raz, mózgu 2 razy, do opłucnej 2 razy *(pleuritis carcinomatosa)* do worka osierdziowego 1 raz *(pericarditis carcinomatosa)*. W dwóch przypadkach nowotwór wrastał do żyły próżnej górnej i zamykał jej światło, powodując zastój w górnej połowie ciała. W 1 przypadku guzy przerzutowe w gruczołach chłonnych szyi i klatki piersiowej uciskały nerw przeponowy prawy, nerw krtaniowy dolny *(recurrens vagi)* oraz przełyk; 2 przypadki zakończyły się śmiertelnym krwotokiem. Czasami nowotwór, szerząc się drogami limfonośnemi wysiewał się wzdłuż naczyń w postaci guzków, przypominających gruzełki. Współistnienie raka z innemi chorobami płuca zdarzało się nieczęsto. W 2 przypadkach rozwinął się raz w płucu gruźliczem (1 raz łącznie z gruźlicą groniasto-guzkową jamistą, w drugim zaś łącznie z zapaleniem serowatem płuca), w 1 przypadku obok przewlekłego zapalenia śródmiąższowego płuca.

Wszystkie przypadki raka płuca były zbadane mikroskopowo. Najczęstszą postacią histologiczną był rak drobnokomórkowy (7) *(ca. microcellulare)*, rzadziej rak kolczastokomórkowy *(ca. spinocellulare)* (5), pojedyńczym był przypadek brodawczakowatego raka walcowatokomórkowego, w 2 przypadkach nowotwór miał budowę raka gruczołowego *(adenocarcinoma)* i w obu przypadkach dawał przerzuty do mózgu.

Rozpoznanie kliniczne raka płuca ustalone było w 3 tylko przypadkach na 14.

Kol. Płońskier przedstawia dane — statystycznie oparte na materjale sekcyjnym Szpitala na Czystem. Na ogólną ilość sekcyj 1.622, zwłok żydów było 1.154, chrześcijan 468. Ogólna liczba stwierdzonych nowotworów 311 przypadków, co stanowi 19%. Ogółem było 24 przypadków raka płuc, co stanowi 13% ogólnej liczby raków, a 8% liczby nowotworów wogóle, 14 przypadków raka płuc tyczyło żydów, 10 zaś chrześcijan. Na 5 przypadków raka płuc u kobiet — wszystkie tyczyły żydówek. Najmłodszy wiek osobnika, u którego stwierdzono sekcyjnie raka płuc, wynosił 18 lat, i tyczył żydówki. Raki obejmowały przeważnie płat górny; poza tem stwierdzono 4 postacie wnękowe oraz w 2 przypadkach zajęcie całego płuca. Zwiększenie się liczby raków płuc mówca na swym materjale stwierdził tylko w roku 1931; liczba przypadków wynosiła bowiem 8. Rak płuca daje przerzuty do wnęki płuc, wątroby, do drugiego płuca, nerek oraz ośrodkowego ukł. nerwowego, (1/5 ogólnej liczby). Prawie we wszystkich przypadkach przerzutów do układu nerwowego, pierwotne skargi chorych tyczyły się zakresu neurologji. W 2 przypadkach wystąpiły objawy psychozy.

Kol. Siedlecki uważa, iż udoskonalenie metod rozpoznawczych wpłynęło na częstsze rozpoznawanie raków płuc w ostatnich latach. Mówca przestrzega przed wyciąganiem daleko idących wniosków ze statystyk, opartych na małym materjale. Podaje dane zebrane na materjale sekcyjnym szpitala św. Ducha i św. Łazarza. W okresie sprawozdawczym przypadków raka płuca w obu tych szpitalach było 63, co stanowi 2,2% sekcyj. Wszystkie zaś raki wynoszą 14% ogólnej liczby sekcyj. Podkreślić należy przewagę płci męskiej. Najczęściej rak płuc spotykany był w wieku lat 40—60.

Kol. Mańkowski radzi połączyć wszystkie dane przytoczone przez wszystkich mówców, gdyż statystyka może dać pewne wyniki tylko wtedy, gdy jest oparta na wielkich liczbach.

Kol. Laskowski uważa, iż klasyfikacja, użyta przez kol. Trojanowskiego jest wadliwa, gdyż wskazuje m. in., iż postać oskrzelowa raków płuc jest rzadka. Mówca, stosując inną klasyfikację, na zasadzie tego samego materjału, stwierdził, iż postać oskrzelowa jest najczęstszą postacią raka płuc.

Kol. J. Roguski podkreśla, iż we wnioskach przytoczonych przez mówców odgrywa rolę zasadniczą przypadkowy dobór materjału, z którego sporządzono statystykę. Mówcy, opierający swe dane na materjale, pochodzącym ze szpitali, nie posiadających oddziałów nerwowych, podkreślają brak przerzutów do układu nerwowego. Ci zaś, których materjału dostarczają również i oddziały neurologiczne podkreślają właśnie częstość występowania przerzutów do układu nerwowego (streszczenie własne).

Kol. W. Orłowski (streszczenie własne). Uznaje za pożądane do wysnucia wniosków statystycznych, dotyczących raka płuc, zebranie większego materjału, co już dziś dałoby się uskutecznić przez uwzględnienie materjału sekcyjnego nie samej tylko Warszawy, lecz i innych dużych ośrodków pracy naukowej w Polsce. W ten sposób otrzymalibyśmy własną statystykę dla raków płuc.

Kol. A. Trojanowski zdaje sobie sprawę z niedoskonałości statystyki wogóle oraz klasyfikacji, używanej przez siebie. Statystyka przezeń podana stoi jednak w rzędzie największych statystyk europejskich.

7. Kol. A. Kapłan wygłosił odczyt *„O nadciśnieniu tętniczem“* (streszczenie własne).

Nadciśnienie — niezależnie od etjologji — powstaje na skutek skurczu najdrobniejszych tętniczek jamy brzusznej. Skurcze te mogą być wywołane przez czynniki, działające bezpośrednio, lub na ośrodek naczynioruchowy lub przez nadmierną pobudliwość (wrażliwość) ośrodka naczynioruchowego na bodźce fizjologiczne, regulujące ciśnienia (np. $CO_2$).

Nadciśnienie (N) w ostrem kłębuszkowem zapaleniu nerek jest pierwszym i najważniejszym objawem, wyprzedzającym często objawy moczowe i obrzęki. Jest ono tu wyrazem zmian, zachodzących nietylko w naczyniach nerkowych, lecz we wszystkich naczyniach włosowatych ustroju, a prawdopodobnie i w śródbłonku całego narządu krążenia. Z przebiegu i długotrwałości nadciśnienia sądzimy o ciężkości choroby i rokowaniu. Spadek ciśnienia świadczy tu o zakończeniu całkowitem lub z defektem.

Inaczej w nerce marskiej. N. jest tu objawem klasycznym i często pierwsze zwraca naszą uwagę na nerki. Z samej jednak wysokości ciśnienia nie sądzimy o sprawności nerek i ciężkości choroby. Obserwacja diurezy, wahań ciężaru gatunkowego, zasobu zasad we krwi i t. p., nie mówiąc już o badaniach czynnościowych daje nam bez porównania więcej dla oceny i rokowania.

Zdarzają się przypadki nerki marskiej bez wzrostu ciśnienia i odwrotnie przy zastoju, mimo braku zmian anatomicznych w nerkach (wysoki ciężar gatunkowy).

Przyczyną nadciśnienia jest zatrzymanie w ustroju, wskutek niewydolności nerek, pewnych substancyj, pobudzających ośrodek naczynioruchowy. Tegoż odruchowego pochodzenia jest zapewne i N. spostrzegane w chorobach dróg moczowych, prowadzących do zatrzymania moczu.

Obok przypadków N. pochodzenia nerkowego spotykamy grupę ludzi z wysokiem ciśnieniem bez określonej etjologji. Wchodzi tu w rachubę czynnik dziedziczny i konstytucyjny. Badania nad naczyniami włosowatemi z kliniki Müllera dały czynnikowi konstytucyjnemu podłoże anatomiczne (odmienny kształt i rozmieszczenie naczyń włosowatych.

Następnie prelegent omawia odróżnienie nadciśnienia ustrojowego, wrodzonego, konstytucyjnego, zewnątrzpochodnego, powstałego na tle skazy naczyniowej od N. nabytego, zewnątrzpochodnego jak np. w chorobach nerek lub w kile, oraz postacie mieszane.

Badania Raaba z kliniki Wenkebacha wykazały u osób z nadciśnieniem ustrojowem większą pobudliwość ośrodka naczynioruchowego na poziom $CO_2$.

Nadciśnienie konstytucyjne uważać należy za skazę naczyniową lub nerwową układu wegetatywnego. Prelegent podkreśla występowanie N. ustrojowego w rodzinach, w których są inne przejawy skazy (dna, migrena, dychawica, miażdżyca, otyłość, cukrzyca i t. d.), odchylenia w przemianie węglowodanów, soli kwasu moczowego, cholesteryny w N. ustrojowem. Istnieje odmienny typ ludzi w N. U. Rozpoznanie ustala się tu syntetycznie, a nie analitycznie. *„Styldiagnose“*, *„Anthropodiagnose“*.

Hipertonicy często — bez skarg, wykazują tylko pewną nerwowość. Najważniejsze niedomagania: szybkie i łatwe męczenie się, skłonność do lokalnych skurczów, „asynergji“, i zaburzeń miejscowych w rozmieszczeniu krwi, zaburzenia krążeniowe.

Łączność skarg występuje nie z wysokością ciśnienia, lecz jego wahaniami. Istnieje zmienność ciśnienia u hipertoników i zależność tych zmian od momentów psychicznych, bólu etc.

Znaczne wahania i zależność od stanu psychicznego podkreślają czynnościowy charakter nadciśnienia. Długotrwałe zmiany czynnościowe z biegiem czasu prowadzą do zmian organicznych. Długotrwałe nadciśnienie początkowe, nie mające nic wspólnego z miażdżycą, zczasem może prowadzić do miażdżycy drobnych tętniczek. Prelegent zwraca uwagę na adrenalinowy i cholesterynowy typ doświadczalnej miażdżycy oraz na przebieg wahań i krzywej ciśnienia w zależności od stanu anatomicznego naczyń. Renalny typ krzywej w posuniętych okresach cierpienia.

Omawia też wpływ nadciśnienia na serce, mózg i nerki.

Poza gośćcem i kiłą nadciśnienie jest najczęstszą przyczyną zmian w mięśniu sercowym i zejścia śmiertelnego. Statystyki Teera.

Udary mózgowe powstają nie naskutek pęknięcia sklerotycznie zmienionego naczyńka przy podniesieniu się ciśnienia; pierwotnym zjawiskiem jest tu skurcz miejscowy tętniczki mózgu, prowadzący do niedokrwienia i ewentualnie rozpadu zajętej okolicy mózgu. Wylew następuje wtórnie z uszkodzonych przytem naczyń. Często występujące u hipertoników zawroty głowy, przemijające niedowłady i parestezje są to zjawiska przedudarowe, — przełomy naczyniowe ograniczające się do samego ich skurczu, mogą one w porę ostrzec przed niebezpieczeństwem.

Końcowy etap N. — to stopniowo rozwijająca się marskość nerek. Mówimy o nerkach, bo niedomoga ich klinicznie najbardziej rzuca się w oczy.

W rzeczywistości niema izolowanego zajęcia nerek, jak niema zajęcia wszystkich narządów. To co nazywamy powszechną miażdżycą obwodową hipertoników, z reguły sprowadza się do zmian tylko jednej grupy: nerki, śledziona, trzustka, ewentualnie i naczynia mózgowe. Zmiany dotyczą naczyń przedwłosowatych i polegają na szklistem zwyrodnieniu i zamknięciu ich światła. Wszystkie inne zmiany — rozsiane po całym ustroju — są związane z wiekiem, a nie z nadciśnieniem.

Okresy hipertonji: Okres chwiejnego ciśnienia i przemijających zaburzeń czynnościowych. Okres presklerotyczny — śmierć z udaru. Okres posunięty wydatnej miażdżycy lub marskości nerek. Niewszyscy hipertonicy przechodzą wspomniane koleje. Tempo różne. Często przebieg bardzo dobrotliwy i N. do starości pozostaje izolowanym objawem.

Nadciśnienie młodych. N. napadowe.

Miażdżyca i nadciśnienie. Prelegent omówił zmiany miażdżycowe aorty *(artheriosclerosis aortae)*, dużych i średnich tętnic *(mesarterithis)* oraz drobnych tętniczek w związku z czynnością poszczególnych odcinków układu naczyniowego. Zmiany te na ciśnienie nie wpływają: 80% miażdżycy przebiega bez hipertonji. Niepowikłana miażdżyca i niepowikłane nadciśnienie, są to stany różne, dające się zróżniczkować klinicznie. W życiu obie sprawy często się przeplatają. Ważne jest bardzo badanie dna oka.

Nadciśnienie i krążenie.

I. W początkach nadciśnienia — większa pozostałość skurczowa, wreszcie wypełnienie rozkurczowe, większy rzut. Dostosowanie się serca przez rozstrzeń tonogenną (kompensacyjną) i wykorzystanie rezerwy serca. Skutki dla krążenia: większe napełnienie komór i przedsionka sprzyja powstawaniu zaburzeń rytmu, (przyśpieszenie tętna, skurcze dodatkowe). Odruch Bainbrige'a, sensacje, zmieniony stosunek krwi krążącej do zalegającej.

II. Maksymum rzutu wyprzedza optimum pracy, powstaje przerost serca w następnym okresie. Normalny rzut i brak skarg w tym okresie.

III. W posuniętych okresach — osłabienie serca, wzrost oporów na obwodzie, mniejszy rzut, większa dysocjacja tlenu. Prelegent omawia wykorzystanie rezerwy obwodowej, wzajemne dopełnianie się rezerwy serca i rezerwy obwodowej, małą rezerwę ogólną w posuniętej hipertonji lub posuniętej miażdżycy.

Skutki dla krążenia: kurcze miejscowe naczyń w okresie dobrego ukrwienia przechodzą bez śladu, przy małym rzucie i złem ukrwieniu mogą prowadzić do zaburzeń odżywczych i niedokrwienia.

Dostosowanie się rzutu do oporów na obwodzie i sprawności serca — tłumik chroniący krążenie od zaburzeń. Przy jednakowej liczbie tętna na minutę i jednakowej wysokości ciśnienia obarczenie i praca serca mogą być różne. Ciśnienie, bez uwzględnienia innych czynności, jest miarą oporów obwodowych, a nie zmian w sercu. Prelegent omawia próby oceny sprawności krążenia z zachowania się ciśnienia względnie ich wartości, i podkreśla wielkie i liczne przy tem zastrzeżenia. Np. niedokładność pomiarów ciśnienia i nieuwzględnienie czynnika — czasu. Następnie prelegent omawia średnie ciśnienia, stałe fizjologiczne; N. i kiłę. Kiła usposabia do

wyższego ciśnienia. Kiła aorty zwłaszcza wstępującej, przebiega z nadciśnieniem. Odruch aortalno- opuszkowo-naczyniowy. Niepewne są przypadki nadciśnienia samoistnego, które mają być skutkiem kiły.

Nadciśnienie i choroby kobiece. Znaczenie ciśnienia w ciąży. Wahania jego podczas porodu. N. w związku z zaburzeniami hormonalnemi w okresie pokwitania i przy mięśniakach.

Leczenie nadciśnienia. Próba obniżenia ciśnienia nie jest leczeniem hipertonika. Ważne są: spokój fizyczny i psychiczny, uregulowanie trybu życia i diety, zmiana otoczenia, ruch i gimnastyka, kąpiele powietrzne (wystrzegać się naświetlania słonecznego). Leki uspokajające, preparaty teobrominowe ewentualnie z jodem. Niema leków obniżających ciśnienie, natomiast jest leczenie, prowadzące do obniżenia ciśnienia.

8. *Dyskusja:*

Kol. F i d l e r podkreśla istnienie braku równoległości pomiędzy stanem ciśnienia w różnych tętnicach ustroju. Nie można mówić, iż w nadciśnieniu stwierdza się zwiększenie się objętości minutowej serca; wahań takich, jak podaje Prelegent, niema.

Kol. P e k e l i s powołuje się na Pahla, który u osobników z nadciśnieniem nie stwierdzał miażdżycy. Mówca porusza sprawy upustów krwi, które w wielu przypadkach dają dobre wyniki. Do takich przypadków należą przypadki przebiegające z bólami głowy, uczuciem ciężaru w głowie, z napadami stonokardjalnemi. Mówca widział dobre wyniki leczenia dożylnego wstrzykiwaniami cukru gronowego w roztworze 30 — 50%. Kąpiele kwasowęglowe mogą dać dobry wynik we wczesnych okresach choroby.

Kol. W a g n e r podkreśla ważność zaburzeń w przemianie cholesteryny dla powstawania miażdżycy tętnic. Prelegent sądzi, że sklerolizyna nadaje się do leczenia przypadków nadciśnienia, połączonych z hipercholesterynemją. W większości przypadków nadciśnienia mamy do czynienia ze zmianami organicznemi. Nadciśnienie na tle kiły, ulega poprawie pod wpływem jodu. Jod daje dobre wyniki również w przypadkach miażdżycy z nadciśnieniem i wzmożeniem II tonu nad tętnicą główną.

Kol. W. O r ł o w s k i (streszczenie własne). Zaznacza, że w ostrem kłębuszkowem zapaleniu nerek ciśnienie tętnicze jest istotnie wzmożone, to nadciśnienie zjawia się jako objaw wczesny; jako zależne od stanu zapalnego naczyń włosowatych w nerkach i poza ich obrębem *(Capillaritis)*, nie wykazuje ono zwykle dużych wahań, wbrew zdaniu prelegenta tak samo, jak ich niema i w posuniętych okresach nerki marskiej, gdy znaczna część naczyń w nerce uległa zniszczeniu; duże wahania ciśnienia krwi występują w nadciśnieniu samoistnem, w zależności od łatwej zmienności w tem cierpieniu stanu napięcia drobnych tętniczek. Zdarzają się przypadki ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek z ciśnieniem pozornie niewzmożonem; gdy jednak zbadać stan ciśnienia krwi u tych chorych po ustąpieniu sprawy nerkowej, przekonać się można, że to są osoby z podciśnieniem. U chorych z marską nerką brak nadciśnienia krwi spostrzega się w tym okresie, gdy czynność serca znacznie podupadnie. Co do stanu ciśnienia krwi w miażdżycy naczyniowej dawniejsze poglądy uległy dziś dużej zmianie. Miażdżyca naczyniowa nie bywa cierpieniem uniwersalnem, najwyżej jest cierpieniem rozległem. To też nie stwarza ona zwiększonych oporów dla pracy serca, krew bowiem, mając nieco utrudniony dostęp do tkanek i narządów ze zmienionemi naczyniami, skierowuje się z łatwością do naczyń, nie uległych miażdżycy. Stąd brak nadciśnienia tętniczego w niepowikłanej miażdżycy naczyniowej, na co zwrócił uwagę jeszcze Dunin. Nadciśnienie spostrzega się tylko w rozległej miażdżycy naczyń jamy brzusznej, to bowiem cierpienie może bardzo wybitnie zmniejszać normalnie dużą pojemność tego odcinka układu krążenia. Nie można też zgodzić się z tezą francuską, że przecholesterynowienie krwi w miażdżycy jest przyczyną nadciśnienia krwi. Na podstawie własnych licznych badań, prowadzonych w ciągu 10 lat, mówca przekonał się, że hipercholesterynemji w początkowych okresach miażdżycy niema; jego zdaniem cholesteryna odkłada się wtórnie w ścianach naczyń, już zmienionych tak, jak to widzimy w *retinitis albumin.* Przechodząc do leczenia nadciśnienia samoistnego, mówca podkreśla z naciskiem znaczenie wypoczynku psychicznego oraz ujemne działanie nastawienia chorych, doprowadzające nieraz do istotnych fobij, omawia wskazanie i przeciwwskazanie dla kąpieli kwasowęglowych, wypowiada się przeciwko zbyt wczesnemu stosowaniu upustów krwi, zaznaczając przytem, że skoro je się robi, powinny być one obfitsze (250—300 $cm^3$) i indywidualizowane pod względem częstości. Leczenie jodowe zwłaszcza skuteczne jest w miażdżycy naczyń mózgowych, jak to potwierdziła również ankieta wśród wybitnych klinicystów niemieckich, przeprowadzona w swoim czasie przez Medizinische Klinik, natomiast w miażdżycy naczyń jamy brzusznej nieraz pogarsza stan chorych, powodując zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Wielką ostrożność należy zachowywać, stosując to leczenie, zwłaszcza w nadciśnieniu, towarzyszącym marskości nerek pierwotnej oraz wtórnej. W nadciśnieniach samoistnych niektórzy polecają przewlekłe leczenie małemi dawkami przetworów jodowych.

Kol. K a p ł a n (streszczenie własne). W odpowiedzi kol. Fidlerowi, który powołuje się na prace Reicherówny, prelegent jeszcze raz zaznacza, że próby oceny sprawności krążenia z zachowania się ciśnienia mają względną tylko wartość, wprowadzone w Niemczech przez Graupnera, nie znalazły tam ogólnego rozpowszechnienia, nie są również uznawane przez Vaquez'a i jego szkołę. Tembardziej próby te należy przyjąć z zastrzeżeniem, jeżeli kol. Fidler, opierając się na przytoczonych przez siebie doświadczeniach Villaret'a, sądzi, że z wysokości ciśnienia w jednem ramieniu nie można wnioskować o ciśnieniu w ramieniu lub w nodze. Jeszcze mniej więc o sercu.

Roztrzeń kompensacyjna, tonogenna *(vide* prace Strauba, Monha, Kircha i fizjologów angielskich), przerost serca, gorsze ukrwienie u starców, obserwowane np. przy amputacji, — są to znane fakty kliniczne. Na zachowanie się dysocjacji tlenu wskazują prace Lauba i Baumana z kliniki Thanhausera w Düseldorfie, rozpad oksyhemoglobiny w środowisku kwaśnem omawiany jest przez Barcroffta.

Na uwagi kol. Pekelisa K. zaznacza, że stosuje upusty tylko w niektórych odpowiednich przypadkach i że nie można stosować ich schematycznie.

Przemijający skutek korzystny zjawia się tylko za pierwszym razem.

Nadciśnienie K. nie zawsze łączy z miażdżycą. 80% miażdżyc według Romberga przebiega bez nadciśnienia. Jod tylko w części przypadków działa korzystnie, niekiedy, zwłaszcza przez ludzi nerwowych, może być źle znoszony.

Wahania ciśnienia w ostrem kłębuszkowem zapaleniu nerek prelegent obserwował przy systematycznem badaniu na oddziale dra Skłodowskiego. Poza tem K. zgadza się z wywodami prof. Orłowskiego, który potwierdza jego tezy.

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Warszawa.*

K u r s E u g e n i k i i P o r a d n i c t w a P r z e d ś l u b n e g o. Rozwój higjeny społecznej uczynił niezmiernie aktualną sprawę porad przedślubnych. Możliwem jest uniknięcie całego szeregu chorób u potomstwa przez odpowiednie wskazówki lekarskie dla rodziców.

Zagranicą istnieją już dawno specjalne poradnie przedślubne, a i w Polsce te niezmiernie ważne placówki rozwijają się już pomyślnie, dzięki inicjatywie Towarzystwa Eugenicznego.

W zrozumieniu doniosłości tej sprawy i niezbędności organizowania takich placówek przez władze rządowe, samorządowe, Kasy Chorych i t. p. Państwowa Szkoła Higjeny wspólnie z Sekcją Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego zainicjowała już w zeszłym roku pod kierunkiem wybitnych fachowców kurs dla lekarzy z dziedziny eugeniki i poradnictwa przedślubnego. Kurs cieszył się wielkim powodzeniem; korzystali z niego zarówno lekarze warszawscy, jak i przyjezdni ze wszystkich stron Polski.

Kurs ten zostaje obecnie powtórzony.

Wykłady obejmują zarówno stronę społeczną, związaną ze sprawami małżeństwa, jak zagadnienia polityki popularnej, rozrodczości, reformy małżeństwa, oraz sprawy związane ściślej z patologją, jak dziedziczenie chorób psychicznych, nerwowych, zapobieganie chorobom wenerycznym i t. p.

Kurs odbędzie się w czasie od 25-go kwietnia do 9-go maja wł. r. b.

W celu umożliwienia uczęszczania na kurs lekarzom praktykującym, wykłady odbywać się będą wieczorami od godz. 20 — 22 w gmachu Państwoej Szkoły Higjeny, ul. Chocimska 24.

Kurs jest bezpłatny; wpisowe wynosi 10 zł.

Program i rozkład godzin kursu następujący:

25. 4. godz. 20 — 21 Dr. L. Wernic: Najważniejsze zagadnienia ruchu eugenicznego. — 26. 4. godz. 21 — 22. Dr. M. Kacprzak: Z zagadnień rozrodczości. — 26. 4. godz. 20 — 21. Wiceprezes K. Fleszyński: Prawodawstwo małżeńskie. — 26. 4. godz. 21 — 22. Redaktor J. Wasowski: Współczesne prądy reformy małżeństwa. 27. 4. godz. 20 — 22. Prof. Dembowski: Z zagadnień dziedziczności. 28. 4. godz. 20 — 21. Doc. Dr. G. Szulc: Gruźlica. — 28. 4. godz.

21 — 22. Doc. Dr. Lorentowicz: O zapobieganiu ciąży. — 29. 4. godz. 20 — 22. Dr. H. Szczodrowski: Choroby weneryczne. — 30. 4. godz. 20 — 21. Prof. Dr. J. Mazurkiewicz: Dziedziczenie chorób psychicznych. — 30. 4. godz. 21 — 22. Dr. W. Sterling: Biologja seksualna. — 1. 5. od godz. 12-tej Dr. L. Wernic: Poradnictwo przedślubne. Zwiedzanie Tow. Eugenicznego. — 2. 5. od godz. 20 — 22. Dr. W. Sterling: Dziedziczenie chorób nerwowych. — 4. 5. od godz. 20 — 22. Prof. L. Hirszfeld: Dziedziczenie cech odpornościowych. — 6. 5. od godz. 20 — 22. Doc. Dr. W. Filiński: Choroby wewnętrzne. — 7. 5. od godz. 20 — 22. Prof. W. Grzywo - Dąbrowski: Zboczenia seksualne. — 9. 5. od godz. 20 — 21. Doc. Dr. Melanowski: Dziedziczność a narząd wzroku. — 9. 5. od godz. 21 — 22. Seminarjum dyskusyjne i zebranie towarzyskie.

Zgłoszenia pisemne przyjmuje i informacji udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, do dnia 20-go kwietnia, codziennie od 9 — 15, tel. 8.94 - 81.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dnia 5-go kwietnia 1932 r. o godz. 8 wiecz. Na porządku dziennym: 1) Sabat Br. (członek Tow.) Sprawozdanie z III. Międzynarodowego Kongresu Radjologów w Paryżu. 2) Melanowski W. H. (członek Tow.) Nowe dane, dotyczące przyczyn i leczenia odwarstwienia siatkówki. 3) Cytronberg S. Obecny stan hemoterapji nowotworów złośliwych.

Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne. Posiedzenie Naukowe Polskiego Towarzystwa Laryngologicznego odbyło się we czwartek dnia 31-go marca b. r. o godz. 20-ej w Zakładzie leczniczym dr. Czarneckiego, ul. Zgoda 8. Porządek dzienny: 1) Demonstracje chorych. 2) Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3) Dr. B. Karbowski: Kilka uwag w sprawie grypowego zapalenia uszu. 4) Komunikaty Zarządu. 5) Wolne wnioski.

*Kraków.*

Z Polskiej Akademji Umiejętności: z powodu trudności finansowych zawiesił Wydział lekarski Akademji czasowo wydawnictwo swoich „Rozpraw" w języku polskim, a ograniczył rozmiary prac, przyjmowanych do swojego „Bulletin international" do najwyżej półtora arkusza druku łącznie z rycinami w tekście i do jednej najwyżej tablicy rycin poza tekstem.

Wydział sanitarny Magistratu krakowskiego uprasza lekarzy krakowskich, szczepiących ochronnie przeciw błonicy, aby przesyłali Wydziałowi sanitarnemu wykazy szczepionych oraz swoje uwagi o przeprowadzonych szczepieniach.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie. We środę, dnia 6 kwietnia b. r. o godzinie 8 wieczorem odbyło się w sali Towarzystwa lekarskiego ul. Radziwiłłowska 1. 4 zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracje chorych z oddziału III. chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza (Ordynator: Doc. Dr. Szymanowicz). 2) Kol. Z. Zakrzewski: „Z badań nad nowoczesnemi problemami patologji" (Zagadnienie wzrostu tkanek, promieniowanie mitogenetyczne, odczyny odpornościowe, krzepnięcie krwi).

*Lwów.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. X. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 1-go kwietnia b. r. o godz. 18-tej w sali Polikliniki przy ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Kol. Leszczyński R. i Liebhart St.: Dermatozy hormonalne kobiece Cz. II. Acne sexualis (wykład). 2) Kol. Nadel.: Badania nad chemizmem skóry gruźliczej (wykład). 3) Kol. Walter: O zachowaniu się ciśnienia koloido - osmotycznego w schorzeniach wątroby (wykład).

*Z kraju.*

Nowe Sanatorjum „Odrodzenie", w Zakopanem zostało poświęcone i otwarte uroczyście w dniu 3 kwietnia b. r.

W sprawie opłat dla lekarzy za pomoc w nagłych wypadkach. W Ministerstwie Spraw Wewnętrznych opracowywana jest obecnie nowelizacja Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Nowelizacja ma dotyczyć zmiany przepisów w sprawie ponoszenia przez gminy kosztów pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach. Według dotychczas obowiązującej ustawy, za udzielenie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach na wezwanie chorego, jego otoczenia, lub na żądanie organów władz państwowych czy komunalnych, przysługuje lekarzowi zapłata według ustalonej taksy, oraz zwrot kosztów. W razie, jeżeli chory, względnie instytucja, zobowiązana do pokrycia tych kosztów, nie mogą uiścić należności, wypłacić ją lekarzowi obowiązana jest gmina, na obszarze której zdarzył się wypadek. Projekt nowej ustawy ma na celu zapobieganie zbytnim i niezawsze usprawiedliwionym wydatkom gmin z tego tytułu i przewiduje, że fakt wypadku, grożącego śmiercią, musi być poświadczony przez zarząd gminy, wójta, sołtysa, lub też inne osoby, w każdym razie obce w stosunku do chorego. Ponadto w projekcie ustawy rozszerza się prawo regresu gmin, które pokryły koszty wezwania lekarza w nagłych wypadkch, również w stosunku do innych związków komunalnych, obowiązanych do pokrycia tych kosztów.

Bezrobocie w poszczególnych zawodach i częściowe bezrobocie. Na ogólną liczbę 253.355 bezrobotnych w całej Polsce, zarejestrowanych w dniu 31 października r. b., bezrobocie w poszczególnych zawodach przedstawiało się następująco: górnicy — 13.409 bezrobotnych, hutnicy w metalu — 2.534, szklarze — 2.094, metalowcy — 23.602, włókiennicy — 24.700, robotnicy budowlani — 24.463, pracownicy umysłowi — 36.038. Liczba bezrobotnych niewykwalifikowanych robotników wynosiła 110.937 osób. Liczba częściowo zatrudnionych na dzień 31 października wynosiła 122.853 osoby, z czego przez 1 dzień w tygodniu pracowało 4.044, przez dwa dni — 13.602, przez 3 dni — 39.641, przez 4 dni — 28.806 i przez 5 dni w tygodniu — 36.760 osób.

*Ze świata.*

IV. kurs dokształcający dla lekarzy p. t. *„Der praktische Arzt"* odbędzie się w czasie od 15 do 19 maja 1932 roku w zdrojowiskach Wysokich Tatr staraniem Związku lekarzy spiskich w Kesmarku. W kursie tym wezmą udział profesorowie wydziałów lekarskich uniwersytetów: berlińskiego, wrocławskiego, berneńskiego, budapeszteńskiego, lwowskiego, lipskiego, preszburskiego i wiedeńskiego. Bliższych wiadomości w sprawie tego kursu należy zasięgać pod adresem: Fortbildungskurs-Bureau — Stary Smokovec — Altschmecks.

Lekarz niemiecki o służbie zdrowia armji niemieckiej w r. 1870 i w r. 1914 — 1918. Do rzadkich w Niemczech zjawisk należą lekarze, którzy brali czynny udział w wojnie francusko-pruskiej 1870 — 1871 roku i w wojnie światowej, jeden z nich, dr. Max Flesch ogłosił przed kilku miesiącami wspomnienia i wrażenia swoje z obu tych wojen wysnute z bezpośredniego doświadczenia. Podczas wojny 1870 r. był on czynny, jako student trzeciego semestru w ochotniczej kolumnie sanitarnej, podczas wojny światowej był dyrektorem wojskowym lazaretu. O ile w r. 1870 — 1871 urządzenia sanitarne armji pruskiej nie były dostatecznie przygotowane, o tyle w czasie wojny światowej lekarze wojskowi niemieccy cierpieli pod naciskiem przerostu organizacji biurokratycznej. Wiele nieodzownie potrzebnych i pilnych spraw mogło być załatwiane jedynie z obejściem albo z oporem w stosunku do „przepisowej drogi służbowej". Wyrazy „jak rozkaz to rozkaz" pokrywały wiele rzeczy złych i przeszkadzały wielu rzeczom dobrym. Ewolucja lekarza wojskowego w kierunku „oficera sanitarnego" nie stała się błogosławieństwem ani dla lekarzy ani dla armji. Polityka „zatuszowywania", cenzura prewencyjna prac naukowych, podawanie niedokładnych i wymijających informacyj jak np. w sprawie zastraszająco wysokiej liczby chorych wenerycznych w armji niemieckiej, wszystko to nie wyszło na dobre również i sanitarjatowi wojskowemu niemieckiemu. Wiadomo przecież, iż liczba niezdolnych do boju z powodu chorób wenerycznych żołnierzy odpowiadała liczebności całego korpusu armji na stopie mobilizacji. Na podstawie swoich spostrzeżeń dr. Flesch zaprzecza jakoby Konwencja w sprawie Czerwonego Krzyża istotnie łagodziła cierpienia wojenne.

*Zmarli:*

Dr. August Jaworski, lekarz-okulista zmarł we Lwowie w dniu 1 kwietnia b. r. w 57-mym roku życia.

*Redakcja otrzymała:*

*Henri Rogan:* Les troubles du sommièl. Masson et Comp. Paris. 1932.

*E. E. Lauwers:* Introduction a la chirurgie nerveuse. Masson et Comp. Paris.

*M. Labbé, H. Labbé, F. Nepveux:* Techniques de laboratoire appliqués aux maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Masson et Comp. Paris.

*R. Danis:* Technique de l'ostéosynthèse. Masson et Comp. Paris. 1932.